

TRABAJO DE GRADO

EL ACOSADOR LABORAL COMO VÍCTIMA Y VICTIMARIO

JOSÉ LUIS RESTREPO RENDÓN

ASESOR:

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD EAFIT

2013

Contenido

1. Introducción.....	3
2. El acoso laboral o mobbing	4
2.1. Tipos de mobbing o acoso psicológico	7
2.1.1. Ascendente.....	8
2.1.2. Horizontal	8
2.1.3. Descendente.....	8
2.2. Fases del mobbing o acoso psicológico	9
2.2.1. Fase 1: de conflicto.....	9
2.2.2. Fase 2: de mobbing o de estigmatización	10
2.2.3. Fase 3: de intervención desde la organización	10
2.2.4. Fase 4: de marginación o exclusión de la vida laboral	11
2.3. Inicio y evolución del mobbing en las sociedades desarrolladas.....	26
2.4. La escala de Cisneros como herramienta de valoración del mobbing	32
2.5. Acoso laboral y trastornos de la personalidad	39
3. Patrón de comportamiento Tipo A	84
3.1. El significado del trabajo en personas con patrón de conducta Tipo A.....	84
3.2. Diagnóstico y medición del patrón de conducta Tipo A.....	140
3.3. Tratamientos para intervenir el patrón de conducta Tipo A.....	162
Referencias	209
Referencias complementarias	212

1. Introducción

El trabajo que se presenta a continuación es una recopilación bibliográfica acerca del acoso laboral y el perfil de personalidad tipo A, desde la perspectiva de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología.

Dicho trabajo tiene por objeto apoyar la investigación que está llevando a cabo el profesor Francisco López, Decano de la Escuela de Administración de la Universidad EAFIT, sobre el tema: **PATRÓN DE COMPORTAMIENTO TIPO A (PCTA) Y RELACIONES DE SUBORDINACIÓN: FORMAS SUTILES DE VICTIMIZACIÓN.**

A lo largo del trabajo se puede apreciar una aproximación a los temas, con un enfoque desde las ciencias de la salud, comenzando con el acoso laboral o también llamado MOBBING, donde no solo se hace una recopilación de definiciones del fenómeno y sus orígenes desde varios autores, sino que además se profundiza sobre las causas que lo generan y las consecuencias que produce en las víctimas. También se hace un acercamiento a las distintas formas en que se puede prevenir la aparición de la problemática en las organizaciones y qué hacer cuando se da su aparición, por medio de las diferentes acciones correctivas propuestas por los autores consultados.

Una segunda parte del trabajo está constituida por el constructo denominado “Personalidad Tipo A”, comenzando por su definición, características y las distintas formas de detección, diagnóstico y medición en los individuos. Posteriormente, se hace una relación completa de

los efectos físicos y psicológicos que genera este rasgo de personalidad sobre los individuos que la poseen y las metodologías de tratamiento hasta ahora descubiertas.

2. El acoso laboral o mobbing

“El mobbing es un tipo de violencia laboral que es ejercida por personas sin distinción de género sobre hombres y mujeres en formas sistemática y por un tiempo prolongado, con el objetivo de provocar un daño deliberado, donde sus consecuencias pueden ser devastadoras para las víctimas, dando origen a una serie de trastornos psicológicos.

“El mobbing o Acoso Psicológico laboral es uno más de los elementos de un fenómeno mayor: la violencia laboral. Este concepto va más allá de la simple agresión física e incluye conductas que son susceptibles de violentar e intimidar a quien las sufre. Así la violencia en el lugar de trabajo incluiría las conductas físicas o verbales amenazantes, intimidatorias, abusivas o acosantes.

“Dados los evidentes signos externos que se manifiestan en la violencia física en el entorno laboral, esta es más fácil de detectar; sin embargo, no ocurre lo mismo con la violencia psicológica, la cual en muchas ocasiones puede negarse o deformarse. Por lo tanto, la violencia en el trabajo se manifiesta como un abuso de poder con el objetivo de doblegar la conducta de otro, mediante la utilización de la fuerza física y / o psicológica.

“La necesidad de adecuar las estructuras de las organizaciones para poder responder a las demandas y desafíos que genera un mundo cada vez más globalizado, tanto en el ámbito público como privado, supone que sus miembros estén sometidos a continuas y cada vez más complejas relaciones interpersonales. Este proceso de interacción no solo se lleva a cabo dentro del propio sistema organizacional sino también con individuos de otras organizaciones y los usuarios que utilizan los productos o servicios que ellas generan, y es en este contexto donde se planifican y ejecutan conductas de mobbing o acoso psicológico de parte de uno o más de sus miembros contra otros individuos.

“La palabra ‘mob’ (del latín ‘mobile vulgus’) se traduce como multitud, turba, muchedumbre y ‘to mob’ (del inglés) como acosar, atropellar, atacar en masa a alguien.

“El primero en estudiar el mobbing fue el etólogo austriaco Konrad Lorenz (1966), quien al observar el comportamiento de determinadas especies animales, constató que en ciertas oportunidades, los individuos más débiles del grupo formaban una coalición para atacar a otro más fuerte.

En la década de los 80, el psicólogo Heinz Leyman (1997) de la Universidad de Estocolmo, considerado la máxima autoridad mundial sobre el tema, lo define como “una situación en que una persona, o varias, ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado, sobre otra u otras personas en el lugar de trabajo, con el fin de destruir sus redes de comunicación, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y conseguir su desmotivación laboral.

En 1996, Leyman operacionaliza su definición: “El psicoterror o mobbing en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética, que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuente y persistentes (al menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado periodo de tiempo (al menos durante seis meses). A causa de la alta frecuencia y a la larga duración de estas conductas hostiles a que es sometido un individuo, el maltrato sufrido se traduce en un suplicio psicológico, psicosomático y social de proporciones.

“Esta definición deja fuera los conflictos temporales y se centra en el momento en que la situación psicológica que afecta al individuo se traduce en trastornos psiquiátricos. Aquí la distinción entre ‘conflicto’ y ‘psicoterror’ no está centrada en qué se hace, o cómo se hace, sino más bien en la duración de lo que se hace.

Uno de los especialistas más reconocidos en el ámbito español y europeo es el psicólogo Iñaki Piñuel y Zabala, profesor titular de la Universidad Alcalá de Henares. Para el profesor Piñuel, el acoso laboral “consiste en el deliberado y continuo maltrato modal y verbal que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado o incluso excelente en su desempeño, por parte de uno o varios compañeros de trabajo, que buscan con ello desestabilizarlo y minarlo emocionalmente, con vistas a deteriorar y hacer disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo así más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización” (Piñuel, 2001. Citado por Riquelme).

“En este sentido el acoso laboral se presenta como un conjunto de conductas premeditadas, las cuales se ejecutan de acuerdo a una estrategia preconcebida y extremadamente sutil, con un objetivo claro y concreto: la anulación de la víctima.

“Uno de los elementos más característicos del mobbing o Acoso Psicológico en el trabajo es que no deja rastros visibles y las secuelas son las propias del deterioro psicológico que presenta la víctima, las cuales fácilmente pueden atribuirse a problemas personales o de relación con sus compañeros de trabajo. Así él o los acosadores inician este proceso motivados por distintas razones: celos profesionales, envidia, donde esta última no se focaliza sobre los bienes materiales de la víctima, sino sobre sus cualidades personales positivas, como su inteligencia, capacidad de trabajo, razonamiento, etc., también son objeto de ataques ciertos rasgos diferenciales respecto del grupo, como son la procedencia social, nivel cultural y / o profesional, o alguna característica física, la cual es aprovechada por el o los acosadores para utilizarla en sus fines.

“Otra característica se centra en el grado de complicidad por parte de los compañeros de la víctima, ya sea apoyando en forma tácita las conductas del o los agresores, guardando silencio para no ser nuevas víctimas de agresión o no poner en peligro su puesto de trabajo, si dan a conocer los sucesos acontecidos” (Luna, 2003, Citado por Riquelme).

2.1. Tipos de mobbing o acoso psicológico

“En las organizaciones, el mobbing o Acoso Psicológico puede afectar indistintamente a cualquier nivel jerárquico de ella, y a hombres o mujeres. Este fenómeno se manifiesta en tres formas:

2.1.1. Ascendente

“Donde una persona con rango jerárquico superior en la organización es agredida por uno o varios subordinados. Esto ocurre en forma general cuando se incorpora una persona desde el exterior y sus métodos no son aceptados por sus subordinados, o porque ese puesto es ansiado por alguno de ellos. Otra modalidad dentro de este tipo, es aquella en que un funcionario o trabajador es ascendido a un cargo donde debe dirigir y organizar a antiguos compañeros, los cuales no están de acuerdo con la elección.

2.1.2. Horizontal

“En esta categoría, las conductas de acoso pueden ser ejecutadas por un individuo o por un grupo en contra de otro trabajador. En este último caso, se sabe que un grupo tiene una identidad y comportamientos que son propios, se rige por reglas y códigos, los cuales no corresponden a la suma de los comportamientos individuales de sus miembros; bajo esta premisa un trabajador puede ser acosado por los restantes miembros del grupo, o al no pertenecer a él, el grupo lo toma como blanco de sus ataques.

2.1.3. Descendente

“Esta modalidad es la más habitual, donde la víctima se encuentra en una relación de inferioridad jerárquica o de hecho con respecto al agresor. Las conductas ejecutadas por la persona que ostenta el poder tienen por objetivo minar el ámbito psicológico del trabajador, ya sea para mantener su posición jerárquica o como una estrategia de la organización para que el afectado se retire en forma voluntaria, sin que esta incurra en costos económicos compensatorios.

2.2. Fases del mobbing o acoso psicológico

“No tiene una serie de fases fijas que abarquen desde su aparición hasta su desenlace.

“Esta condición está determinada por las singularidades propias de cada caso en particular tomando en cuenta las características del o los agresores, las víctimas y el entorno organizacional donde se desata el conflicto. Sin embargo, y como fruto de sus investigaciones, el profesor Leyman ha establecido un grupo de cuatro fases (Luna, 2003. Citado por Riquelme):

2.2.1. “Fase 1: de conflicto

En una organización integrada por personas que tienen intereses y objetivos distintos, y en algunos casos hasta contrapuestos, no debiera extrañar la existencia de conflictos, por ejemplo, no se debe confundir el acoso psicológico en el trabajo con los problemas que plantea trabajar a las órdenes de un jefe exigente en aspectos de productividad y calidad de los productos o servicios que genera la organización.

“La existencia de problemas puntuales o roces entre un jefe y sus subordinados o entre compañeros de trabajo de un mismo nivel jerárquico, que pueden solucionarse positivamente a través del diálogo, si no son resueltos, pueden dar origen a un problema más profundo, el cual tiene posibilidades de estigmatizarse, y es en este caso cuando se ingresa a la fase siguiente.

2.2.2. “Fase 2: de mobbing o de estigmatización

“Es esta fase cuando el o los acosadores inician el proceso de hostigamiento hacia su víctima, utilizando en forma sistemática y por un tiempo prolongado un conjunto de conductas cuyo objetivo es ridiculizar y apartar socialmente a la víctima escogida. En este momento se puede hablar de acoso psicológico propiamente dicho. La víctima no puede dar crédito a lo que le acontece, y en algunos casos puede negar la evidencia de lo sucedido ante la actitud pasiva y permisiva del resto de sus compañeros de trabajo, los cuales pueden colaborar en el proceso de acoso o desligarse de él.

2.2.3. “Fase 3: de intervención desde la organización

“En esta etapa, lo que en un principio era un problema conocido por los miembros del grupo al que pertenece la víctima, trasciende hacia niveles superiores. Por lo tanto, el conflicto puede evolucionar en dos caminos:

“- Solución positiva: las autoridades del departamento de recursos humanos pueden realizar una investigación del problema y tomar las medidas apropiadas, ya sea cambiando de puesto al trabajador o al acosador, amonestando verbalmente o por escrito a este último y manifestando que estas conductas son faltas graves y no serán toleradas a ningún miembro, independientemente del nivel que ocupe en la estructura de la organización.

“- Solución negativa: en este caso los caminos a seguir pueden ser, por una parte, negar la existencia del problema con lo cual la víctima queda en un estado de indefensión, y el acosador tiene vía libre para continuar con su tarea, y por otra, reconocer la existencia del conflicto pero minimizar sus consecuencias y la víctima queda nuevamente en un estado de indefensión, ya que siente que el propósito de la organización es restarle importancia a la existencia del acoso, no considerando la gravedad del problema y no sancionando adecuadamente estas conductas.

2.2.4. “Fase 4: de marginación o exclusión de la vida laboral

“En el ámbito privado el trabajador decide cambiarse de trabajo y presenta la renuncia a su puesto como solución al conflicto que vive, ya que considera que la organización ha hecho poco o nada por solucionar el problema. En la administración pública los trabajadores suelen solicitar un cambio de puesto de trabajo dentro de la repartición a la pertenecen o, en menor medida, un traslado a otra ciudad ya que los costos involucrados para él son altos, considerando lo que afecta al entorno familiar”. (Riquelme, 2006, pp. 39-57)

“La validez que a nuestro juicio poseen los modelos centrados en la noción de afrontamiento al estrés (Lazarus y Folkman 1986, Lazarus 2000, Bandura 1987, 1999) como marco de comprensión estratégica de las conductas de los sujetos en su medio, justifican su relevancia en la comprensión de aquellos problemas que, como el acoso moral o mobbing, surgen de la interacción del individuo con demandas de éste. Ello nos permite establecer la relación de esta problemática con otras con las que guarda grandes similitudes y, a la vez establecer las diferencias.

“El mobbing pertenece a la constelación de los trastornos reactivos (códigos F43.2), que tanto en la CIE-10 (OMS, 1992) como en la DSM IV-TR (APA, 2000), constituyen un apartado específico. Podríamos señalar, como elemento nuclear de la definición de trastorno reactivo, la relación temporal clara, (que no ha de ser de inmediatez), entre una problemática, un evento vital estresante y la aparición de trastornos, que pueden adoptar varias formas (ansiedad, depresión, irritabilidad, conductas de riesgo, etc.), así como la presencia de un buen ajuste personal y social previo. Ello no es obstáculo para que en un momento determinado sea aplicable otro diagnóstico. Resulta interesante conocer los trabajos en los que se estudia desde la perspectiva de la psicología social, ámbito donde ha sido descrito por primera vez, en los que se muestra el fenómeno y se señala su incidencia en varios ámbitos laborales” (Irigoyen, 1999; Piñuel, 2001; Barón, Munduate y Blanco, 2003; Martínez Pecino, 2003, Citados por Cañero).

“En el caso del mobbing, hemos de señalar su relación con otra patología del ámbito laboral, el burnout, descrito por Maslach (1993). En ambos trastornos, el evento vital estresante se encuentra en el medio laboral; aunque hay una diferencia que permite

distinguir ambos cuadros. ‘En el burnout, o síndrome de estar quemado, la raíz de la problemática se encuentra en las condiciones de la propia tarea y en las exigencias afectivas y cognitivas de la misma.

“Muy importante es la implicación afectiva, el desgaste producido por el contacto con el otro y sus problemas, los sentimientos de impotencia al no poder cubrir unas expectativas de logro, en muchos casos poco realistas, que lleva a una problemática en la que destacan, junto con la sintomatología ansioso-depresiva y somática y el deterioro en su ajuste familiar y social, la despersonalización, el alejamiento afectivo, la deshumanización defensiva del otro y el deterioro del rendimiento y de la implicación laboral.

“El burnout ha sido descrito en profesiones sanitarias, educativas, de servicios sociales y comunitarios, o en servicios en los que la relación con el cliente es importante.

“Existen numerosos trabajos realizados en España a ese respecto (por ejemplo, Mingote Adán 1997, Citado por Cañero).

“Por el contrario, en el mobbing el factor deletéreo se encuentra en el clima social y en las relaciones que se establecen en el medio laboral.

“Hemos de señalar que se dan casos en que ambas problemáticas se solapan y que en ambas un factor que predispone es la implicación de la víctima en el trabajo, en el desempeño eficiente en la tarea, y su elevado nivel de compromiso personal con los objetivos de la organización a la que pertenece.

“En el caso del mobbing entran en juego factores que tienen que ver claramente con la dinámica de grupos, con el reparto de roles, de información y de funciones, tanto formales como de facto en la organización” (Cañero, 2004, pp.257-265)

“Actualmente, las sociedades están cambiando rápidamente, y con ellas, se modifican las organizaciones. Estos cambios organizacionales, impactan en los puestos de trabajo e influyen en la seguridad, la salud y el bienestar de los empleados. Es por esto que, para poder sobrevivir y prosperar en un contexto de cambio económico y social continuo, las organizaciones requieren empleados motivados y psicológicamente sanos. De lo contrario, a la larga, estos cambios mal gestionados, pueden llevar a la aparición de organizaciones enfermas caracterizadas por su ineficiencia y falta de adaptación al entorno. Surge entonces, la necesidad de que las políticas de Recursos Humanos estén sincronizadas” (Salanova, 2008, Citado por L.E. Ferrari, Trotta, Cebey, & Filippi).

“Desde sus inicios, la Psicología se ha centrado en los aspectos negativos de la conducta humana, de esta misma forma, en el ámbito de la gestión de la salud en el trabajo y las organizaciones, este paradigma se ha centrado en el lado negativo del estrés laboral y está inspirado en el modelo médico” (Salanova, 2008, Citado por L.E. Ferrari, Trotta, Cebey, & Filippi).

“En los últimos años se generó un cambio de perspectiva.

Seligman propuso en su discurso como presidente de la American Psychological Association enfatizar y promover la actualización del potencial humano. Definió a la Psicología Positiva como el estudio del funcionamiento humano óptimo (Seligman & Csikszentmihayli, 2000, Citado por L.E. Ferrari, Trotta, Cebey, & Filippi).

“Desde esta definición, la psicología positiva es entonces un acercamiento a la condición humana y está más comprometida con la construcción del éxito que con la prevención del fracaso. Se centra en lograr el más alto rendimiento de las personas antes que remediar lo contrario. Dicho en otras palabras, se concentra más en lo que está bien de las personas y menos en lo que está mal (Page, Govindji, Carter, & Linley, 2008, Citados por L.E. Ferrari, Trotta, Cebey, & Filippi). (L. E. Ferrari, Trotta, Cebey, & Filippi, 2011, p.40)

“El Programa de Extensión ‘Atención a víctimas de acoso moral en el trabajo’, de la Facultad de Psicología de la UBA, surge como un complemento de la labor pericial del Gabinete de dicha institución y a partir de un acuerdo que se concreta con la Fiscalía Nacional de Investigaciones Administrativas, que había comenzado su atención en la temática de violencia laboral poco tiempo antes.

“El diseño inicial del Programa buscó entonces dar una respuesta complementaria para las personas, en tanto trabajadoras del ámbito de la administración pública nacional que, victimizadas, iniciaron un proceso jurídico-administrativo y se encontraban culminando la instancia diagnóstica.

“Este contexto daba por comprobada la veracidad de la situación de violencia y, además, implicaba que la persona estaba asumiendo un rol activo, encaminado a la búsqueda de una solución ‘externa’.

“Se inició así un camino de definición particularizada de la modalidad de abordaje y de lectura e investigación de antecedentes similares en el tema, sin que se encontraran modelos de intervención aplicables al contexto particular en el que se producía la demanda.

“Se conformó un equipo constituido por psicólogos con especialización y experiencia en el campo laboral y también, en algunos casos, con práctica clínica. Sin embargo, ambas vertientes no contemplaban en particular la especificidad de los procesos vinculados a la salud y al bienestar psicosocial en el trabajo, por lo que fue necesario construir un acervo de referencias diferente a aquel con el que se estaba trabajando hasta el momento. En otro sentido, y en particular en relación al acoso laboral psicológico, la literatura de investigación contemporánea coincide en su naturaleza sutil e invisibilizada, que se banaliza fácilmente en muchos de sus argumentos (Van Dijk, 2007), y lo atribuye a las características del blanco y de su personalidad (Ferrari, et al., 2010). En muchos sentidos, buena parte del trabajo del equipo consistió en desnaturalizar estos supuestos y las evidencias que justifican las razones o los rasgos por los que alguien recibe violencia, y que se expresan coloquialmente en torno a una motivación difusa: ya sea porque la busca o porque no aprende a defenderse. Indudablemente, existe un conjunto de investigaciones desarrolladas en las que se realizan estudios sobre la personalidad de los acosados, una de ellas es la de Deitinger (2009) que combina las técnicas del Val-Mob y el MMPI2. Esta

indagación está referida específicamente a los efectos en los procesos psicológicos de la condición de mobbing y no al estudio de la personalidad subyacente.

“Desarrollo: primer momento

En un comienzo se recibió a los primeros consultantes de forma individual y se reveló que muy pocos de los que se acercaban al espacio del Programa respondían a las presunciones originales. No venían a través de la FNA, tampoco contaban con diagnóstico o pericia previa, ni tampoco todos pertenecían a la administración pública. Como el Programa era y es abierto, la consulta puede ser hecha por cualquier persona trabajadora que sospeche estar en condición de acoso laboral. Por otra parte, estos consultantes habían sido afectados no solo emocionalmente, sino también social, física y económicamente por actos de violencia provenientes de su contexto laboral, lo que había generado un cúmulo de vivencias de naturaleza defensiva en algunos casos y, en otros, de desorganización y perplejidad.

“Sus necesidades no siempre eran claras y, por ello, se hizo necesario delimitar las características de la intervención en el marco del Programa, en tanto correspondían al campo de la subjetividad de los trabajadores. Estábamos en presencia de un fenómeno multifactorial, propio del contexto laboral que involucra e impacta en el psiquismo del trabajador afectado y tiene repercusiones en su vida social, personal y familiar (Filippi, 2011, Citado por L. Ferrari, Filippi, Novo, Sicardi, & Trotta). Para esta contextualización pensábamos lo acontecido como propio de un riesgo del trabajo, ‘exterior’ e ‘independiente de la voluntad del trabajador’” (Dejours, 1990, p. 76, Citado por L. Ferrari, Filippi, Novo, Sicardi, & Trotta).

“Sin embargo, fue difícil y aún cuesta el desprendimiento de la tradición clínica. En cierta medida, por lo que se explicó más arriba y también porque se trata de personas que están sufriendo.

“Por otra parte, se encaró un permanente proceso de delimitación conceptual que pudiera reflejarse, al mismo tiempo, en un lenguaje propio y vincular con los consultantes.

“Sin duda es la Psicología Clínica la que se orienta a conseguir el bienestar del paciente, mediante estrategias que influyan en su conducta, emociones y situaciones. Pero también será ese el objetivo del psicólogo del trabajo cuando intervenga directamente con un trabajador que atraviesa una situación de violencia en el campo laboral. Si bien el objetivo de salud y bienestar se mantiene, difiere el campo de actuación, la metodología de intervención y el centrarse en las posibilidades de proyecto y desarrollo laboral.

“La intervención desde el Programa trata de dar cuenta de la salud anímica del consultante, haciendo eje en los efectos que se producen desde el trabajo y su contexto, que van a afectar su capacidad de sostener un proyecto laboral y de mantener el mundo relacional. No ya por la presencia de un conflicto interno del sujeto, sino a partir de un elemento externo que, como se mencionará, es el que rompe el equilibrio previo.

“Se buscaron en algunos referentes clínicos -fundamentalmente en los principios sistémicos focalizados- las posibilidades de articular con los objetivos planteados un quehacer activo y focalizado, en un contexto de atención individual no terapéutico, pero sí con este efecto. Se orientó el accionar en esa particular situación de crisis aportándole a la víctima elementos

que le permitieran recomponer el equilibrio previo y la toma de conciencia, esclareciendo la situación que se le planteó y fortaleciendo su auto eficacia.

“Todo el proceso requiere una puesta en marcha de sus recursos y potencialidades de afrontamiento. En particular, poder situar la condición de lo que ocurre y nominarlo como un evento de naturaleza exterior, permite que muchas personas experimenten el alivio de ubicar el problema y organizar una estrategia para reducirlo en algunos casos, para interactuar con él desde otra perspectiva o cambiar de ambiente de trabajo.

“Durante el año 2010 el Programa recibió un total de setenta consultantes, atendidos en forma individual y en algunos casos grupalmente, sin que necesariamente mediara diagnóstico previo, sino fundamentalmente a partir de la vivencia relatada de ser víctima de una situación de acoso o violencia laboral.

“Igualmente, en el marco del Programa se ha traducido, adaptado y utilizado el cuestionario Val-Mob, con el fin de contar con una herramienta que nos permita validar la existencia de mobbing. En este caso, y debido al trabajo sistemático en organizaciones, durante estos últimos tres años, contamos con una muestra que está centrada en el conglomerado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misma se reunió con un criterio de diseño simple no probabilística, con muestreo por cuotas para el análisis descriptivo e inferencial. Los descriptivos sociodemográficos de la muestra son:

Total de sujetos participantes de la muestra: 690

Género femenino: 422

Género masculino: 234

Edad: hasta 25 años: 226

De 26 a 35 años: 236

Más de 35 años: 193

Nivel educativo no universitario: 327

Nivel educativo universitario: 329

Tipo de organización pública: 280

Tipo de organización privada: 381

Tercer sector: 12

Números de miembros de la organización hasta 15 trabajadores: 80

De 16 a 50 trabajadores: 69

De 51 a 100 trabajadores: 28

De 101 a 200 trabajadores: 31

De más de 200 trabajadores: 463

Tipo de contrato

Permanente/estable: 536

Temporario contratado: 70

Colaborador permanente (monotributista/facturación por honorarios): 21

Interino por reemplazo/suplencia: 15

Pasantía o aprendiz: 16

Otro: 15

Tipo de posición: operativo (operario/administrativo): 433

Técnico especializado: 84

De coordinación (con responsabilidad sobre otros trabajadores): 111

Directivo: 17

Hasta dos años: 83

Entre 3 y 5 años: 139

Entre 6 y 19 años: 201

20 años o más: 83

Hasta 1 año de antigüedad en la organización actual: 143

Entre 2 y 3 años: 210

4 o más años: 302

Con gente a cargo: 116

Sin gente a cargo: 501

“Con esta cantidad de material pudimos producir para la Argentina la adaptación y los puntos de corte que establecen el grado de presencia o ausencia de acoso laboral; en caso de presencia el nivel alto, medio, bajo y también el estilo o modalidad que adquiere en ciertas organizaciones, en áreas o en grupos (Ferrari, et al., 2011, Citado por L. Ferrari, Filippi, Novo, Sicardi, & Trotta).

“Segundo momento

El Programa dio un salto cualitativo importante cuando en un segundo momento se inició el desarrollo de acciones en organizaciones laborales, fundamentalmente a partir de acuerdos de asistencia técnica. Aquí la intervención del Programa, en coordinación con miembros de la organización laboral, ya no se ofrece solamente al sujeto sufriente, sino también al entorno organizacional y, en particular, se orienta a la evaluación del funcionamiento de los factores psicosociales del trabajo. Esta actividad implica evaluar los pedidos de distintas organizaciones en torno a la preocupación que manifiestan por situaciones de violencia

laboral y maltrato psicológico, desarrollando sistemas de atención, diagnóstico, intervención y seguimiento.

“Lo que antes era solo una referencia en el discurso del consultante, ahora toma otra ‘corporalidad’. Los pares y hasta el mismo supuesto acosador pueden ser entrevistados y empiezan a ser posibles las acciones sobre ellos y, sobre todo, con ellos.

“Se abrió así la posibilidad de actuar no solo sobre la capacidad de respuesta del trabajador ante el factor de riesgo, sino también sobre la posibilidad de modificarlo y de actuar casi ergonómicamente para influir sobre las condiciones de su trabajo. Desde otra perspectiva, también se trata de relevar las distintas partes en conflicto, aunque como hemos dicho en otros lugares, el acoso es un conflicto silenciado, la intervención organizacional le ofrece la oportunidad de audición. Esto dinamiza mucho el proceso, cuestión que no se observa con tanta facilidad en las situaciones individuales. Las intervenciones de este estilo son ciertamente delicadas y dramáticas, debido a que trabajan sobre las interacciones mismas, no sobre lo que se habla de las interacciones. Además, son un valioso suministro para la construcción de una teoría acerca de lo que pasa en los puntos en los que las organizaciones dejan de ser democráticas para convertir sus componentes de asimetría en condiciones de arbitrariedad (Ferrari, et al., 2011, Citado por L. Ferrari, Filippi, Novo, Sicardi, & Trotta).

“A través del desarrollo de una actividad sistematizada de diagnóstico e intervención sobre las disfunciones de los factores psicosociales, se pudo intervenir ante el mobbing, tanto con medidas individuales como operativas (Weber, Hörmann y Köllner, 2007, Citado por L. Ferrari, Filippi, Novo, Sicardi, & Trotta).

“La integración de un equipo mixto de trabajo, en particular en una organización del Estado, fue en sí misma un desafío. Este modelo de intervención mixto, que vamos a describir brevemente, apela a la conformación de un equipo con profesionales de la organización en planos competentes a la salud laboral, tales como el área jurídica, el área social, la medicina legal y la psicología organizacional y de la salud. Los ejes básicos de este trabajo consistieron en:

a) Instituir un mecanismo que facilitara las presentaciones espontáneas de trabajadores en forma individual o grupal de cualquier jerarquía.

b) Desarrollar un modelo de entrevista que nos permitiera escuchar los problemas y sufrimientos en juego, y a la vez contemplar los tópicos de información necesarios para reintegrar el problema planteado a su contexto sistémico. Esto implica, consecutivamente y con el consentimiento de los trabajadores afectados, convocar a los grupos e individuos comprometidos en la situación para integrar y contrastar perspectivas y posiciones.

c) Diseñar, adaptar y aplicar herramientas cuantitativas y cualitativas para dimensionar la magnitud y especificidad de los casos planteados. A tal efecto, se utilizaron grupos de discusión y sistemas de cuestionarios como el ISTAS, el OSI, el VAL-MOB y de factores asociados al clima laboral. Todas estas técnicas, que por espacio no vamos a desarrollar en sus fundamentos aquí, nos permiten presentar argumentadamente el peso de una cuestión de salud dentro de una organización laboral. Esto no omite que nuestra información más útil sea cualitativa, incluyendo la que tenemos en el trabajo con los

consultantes, pero a la hora de producir un reporte a sectores o niveles que desconocen la situación, las presentaciones cuantitativas tienen otra efectividad.

d) Elaboración conjunta de un sistema de devolución de la información obtenida a los actores en juego. En este punto fue fundamental la posibilidad de conversar y compartir la información analizada con las distintas partes de la situación en conflicto o con malestar. En la devolución se busca la reflexión sobre lo que ocurre y la aparición de actitudes orientadas a transformar el estado de cosas original; si bien ésta es la perspectiva impulsada, no siempre es posible desplegarla, nuevamente el manejo de datos cuantitativos ha sido particularmente favorecedor de ciertos niveles de anonimato necesarios y también de una objetividad y abstracción mayores.

e) Elaboración, desarrollo y aplicación de dinámicas de trabajo específicas sobre los problemas planteados. Siendo las de común denominador las referidas a la situación comunicacional, y al fortalecimiento de los procesos de conducción orientados a la salud, entre otras.

f) Desarrollo de sistemas de monitoreo y seguimiento de las situaciones de conflicto en las cuales se intervino.

g) Construcción de mapas de riesgo de la organización desde una perspectiva pluridimensional. Por ejemplo, categorías sociodemográficas en riesgo (trabajadores jóvenes o en situación pre-jubilatoria); por tipo de trabajo (operativo, administrativo,

técnico, de supervisión); por área de la organización (departamento, sector, división); por región (localización geográfica).

“Durante los primeros años de trabajo sistemático dentro de una entidad con más de 20 mil agentes, el Programa recibió 85 presentaciones solicitando orientación e intervención. El 60 por ciento de ellas fueron planteos individuales; el 24 por ciento correspondía a niveles de supervisión o jefatura que solicitaban la colaboración del equipo en términos de evaluación y orientación para mejorar el entorno de trabajo; un 14 por ciento presentaba situaciones que afectaban a grupos laborales de diversa magnitud de integrantes; y el 2 por ciento restante se correspondía a situaciones de conflicto horizontal.

“Para poder brindar la respuesta necesaria a estos diferentes niveles de problemática, el Programa, a través de este equipo mixto, tuvo que implementar estrategias diversas.

“Investigación, docencia y práctica profesional

Se pudieron establecer relaciones de mutua influencia y enriquecimiento entre el Programa de Extensión y los ámbitos de investigación, docencia y práctica profesional.

“La experiencia desarrollada pudo enriquecer las actividades docentes, tanto de grado (en la Cátedra I de Psicología del Trabajo) como de posgrado (en la Carrera de Especialización en Psicología Organizacional y del Trabajo) y se posibilita como un ámbito de pasantía a los alumnos de la Práctica Profesional ‘Factores Psicosociales Vinculados a la Psicodinámica del Trabajo.

“También realimentó la investigación, desplegada hasta el momento por el Proyecto UBAC y T P015 ‘Riesgos psicosociales de los trabajadores. Efectos subjetivos e intersubjetivos de la precarización laboral’, de la que surge la técnica VAL-MOB descrita más arriba.

“En síntesis, hemos expuesto a grandes rasgos los mayores desafíos encontrados en nuestro Programa de Extensión para Víctimas de Acoso Laboral. Desde nuestro punto de vista, las organizaciones que profundizan sus principios democráticos tienen un trabajo incesante sobre los procesos de arbitrariedad y de poder disfuncional que las atraviesan. Paralelamente, la pluralidad de formas que adquiere la identidad trabajadora y el mayor aislamiento en el que se genera, dan cuenta de las dificultades de concientizar sobre la condición de acoso, sea uno víctima o testigo. Un Programa como el nuestro tiene un alcance aún restringido a nivel de los aspectos que acabamos de señalar y es esperable que las políticas públicas ayuden a profundizar los anhelos de las organizaciones democráticas y sus trabajadores” (L. Ferrari, Filippi, Novo, Sicardi, & Trotta, 2011, pp. 101-105).

2.3. Inicio y evolución del mobbing en las sociedades desarrolladas

“Los primeros estudios que se efectúan relacionados con la idea de acoso moral en el ámbito laboral, con el mobbing, se llevan a cabo por el psicólogo sueco Heinz Leymann, en la década de los ochenta del pasado siglo de una forma más intensa, y retomando los estudios que con anterioridad había desarrollado en la observación de ciertos grupos de animales el etólogo Konrad Lorenz.

“Este investigador, como no podía ser de otra manera, teniendo en cuenta el enfoque que determina su formación académica, se ocupa prioritariamente del acoso laboral y las consecuencias negativas que tienen en el sujeto tanto a nivel psicológico como a nivel físico.

“Pero en cualquier caso estas mermas que tienen un reflejo directo en la calidad de vida del sujeto, tanto a nivel laboral como a nivel personal y/o familiar, y que originan enfermedad e incapacidad y a veces llegan hasta las últimas consecuencias con la muerte del sujeto, no paran ahí sus efectos ya que también tiene un reflejo directo en los restantes miembros del grupo que asisten a este tipo de prácticas, que tienden a presentar cuadros de estrés. Estrés que provoca entre el 50% y el 60% del absentismo con un costo anual en toda la Unión Europea de unos veinte mil millones de euros.

“Por otra parte, esta práctica proyecta sus consecuencias negativas también a nivel de toda la sociedad, ya que supone una notable reducción del potencial de trabajo que supone para la sociedad el colectivo afectado; y además no podemos dejar de prestar atención a los enormes gastos que a nivel sanitario se producen con el tratamiento de las personas que sufren este tipo de comportamientos. En este sentido podemos citar alguna de las cifras con las que se trabaja, como es el caso de Gran Bretaña que habla de la pérdida de 19 millones de jornadas laborales a consecuencia del mobbing, oscilando las cifras para España entre un 5% y un 11,5% de los trabajadores afectados (más de 90 millones de euros al año en bajas o invalidez profesional).

“Otras cifras más amplias en las que se hacen las estimaciones en el ámbito europeo se consideran en la ‘Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea’, publicada en el año 2000 por la Organización Internacional del Trabajo, que un 9% de los trabajadores son permanentemente víctimas del acoso moral en el lugar de trabajo (unos 13 millones de personas).

“Pero la cuestión con ser grave en sí misma llega a ser aún más preocupante si la examinamos y valoramos con una perspectiva de futuro, en el sentido de que este tipo de prácticas enraizadas en las sociedades industrializadas modernas atentan directamente contra el modelo de relación humana entre iguales, pretendiendo instaurar una nueva relación basada en el miedo, discriminación, abuso, etc. De modo que los valores sociales que se derivan del acoso moral colisionan frontalmente con los principios en los que se basa la convivencia de los Estados modernos, resultando ser una terrible incongruencia que los Estados del ‘primer mundo’ en el ámbito interno destinen cantidades ingentes de recursos económicos a obras sociales internas o a operaciones internacionales humanitarias; y se permita, al mismo tiempo, que sus trabajadores se enfrenten diariamente a una situación que atenta contra la concepción más elemental de la dignidad humana. Y ello, además, en un contexto como el laboral, donde el individuo no puede prescindir de él por consistir su principal fuente de subsistencia y de realización personal fuera del ámbito estrictamente familiar.

“Ante este estado de cosas el legislador español no ha sido insensible, habiéndose promovido en ambas Cámaras una serie de iniciativas orientadas al reconocimiento del acoso moral en el trabajo. En este sentido tenemos en el Senado, una Moción y una

Proposición no de Ley, y en el Congreso de los Diputados una serie de iniciativas legislativas. Concretamente, en el ámbito del Senado la Moción fue presentada por el Grupo Parlamentario de Entesa Catalana de Progrés, el que instó al Gobierno a promover una serie de medidas orientadas todas ellas a evitar el acoso moral y el hostigamiento psicológico en el ámbito del trabajo; y la Proposición no de Ley 161/000805 lo fue por el Grupo Parlamentario Socialista, centrada sobre el acoso moral en el ámbito laboral. En cuanto a las iniciativas promovidas desde el Congreso de los Diputados podemos citar la Proposición no de Ley debatida el 12 de noviembre de 2001, en la comisión de política social y empleo en la que todos los grupos votaron unánimemente a favor del texto que se propuso.

“Tanto en las iniciativas indicadas como en otras más que se produjeron en sede parlamentaria, se instaba al Gobierno a la adopción de las medidas que se estimasen pertinentes, con la consiguiente modificación de las legislaciones afectadas en coordinación con la Unión Europea, para evitar el acoso moral en el ámbito laboral y eliminar las consecuencias negativas para los trabajadores. Sin embargo, ninguna de estas medidas fue aceptada, produciéndose votaciones negativas que las dejaron en un mero deseo de los proponentes” (Toledano, pp. 3-5)

“La prevención del acoso laboral resulta compleja por las propias características del mismo. Las situaciones de acoso implican múltiples elementos, que van desde las percepciones del trabajador hasta la legislación laboral existente, pasando por las características de la organización, de la tarea o del empleo, entre otras muchas. Pero, a la vez, es un problema

sencillo; como indicaba Leymann, solo es necesario que alguien con poder efectivo y deseos de actuar lo haga, para que el acoso finalice sin que existan víctimas.

“Las actuaciones en temas de acoso se han realizado, prioritariamente, por profesionales ajenos al mundo de la empresa. Su trabajo se ha centrado en la paliación de los síntomas que el acoso laboral genera en la víctima, dada su imposibilidad de intervenir sobre el propio medio laboral. Este tipo de intervenciones se circunscriben en el segundo eje estratégico de actuación, aquel en el que las actuaciones se centran en el acosado cuando ya lo es.

“Pero el trabajo más efectivo se encuentra en actuar en la prevención, o en las primeras fases del acoso, y dentro de la empresa (primer eje estratégico). Para ello los actores internos de las empresas (empresarios, trabajadores, técnicos, representantes de los trabajadores) han de trabajar para fomentar mecanismos que:

- .- en primer lugar, impidan la aparición de situaciones de acoso,
- .- en el caso de que estas situaciones aparezcan, su detección se dé en fases tempranas,
- .- se establezcan soluciones claras y consensuadas para su erradicación” (La població & de la Comunitat, 2007, p. 22).

“Las posibilidades de intervención son muchas e interdisciplinarias; parece hasta el momento muy difícil poner en práctica, más que diseñar, un conjunto de ellas apropiado para cada caso, que dé con las soluciones que restituyan el daño in integro a la víctima.

“Aquí voy a resaltar o resumir algunas de las que puede aportar el psicólogo, particularmente el psicólogo social, más que las del psicólogo clínico. Digamos otra vez con una metáfora que ante una epidemia hay dos grandes tipos de intervenciones: Las de administrar los antídotos apropiados a los afectados, y las de atacar las fuentes de contagio. Por mi parte intentaré concentrarme más en estas últimas, por cuento creo que hay menos literatura al respecto.

“En todo caso las soluciones pueden ser muy distintas para cada fase, y cada caso, como ya hemos adelantado.

“Como labor preventiva general creo muy importante un análisis crítico de nuestra cultura, particularmente a propósito del control de la conducta social. La teoría crítica, heredera de la Escuela de Frankfurt (Habermas, 1981, 1987), en general está diciendo y tiene mucho qué decir a este respecto.

“Los espacios privados e íntimos están ahí y tienen que seguir existiendo. Afortunadamente no todo es el Gran Hermano, ni el Panopticon de Bentham. Ni el controlar o gestionar por resultados significa controlar la ética de los procesos.

“La sociedad, los grupos, los individuos, tienen importantes espacios donde autocontrolarse. Es aquí donde creo que está la solución psicosocial más genérica y trascendente: que los testigos de las primeras conductas de abuso, de acoso, les avergüencen (o cuando menos no la celebren), en aquellos individuos, grupos o colectivos que no se auto controlen.

“Por lo que respecta a la imagen pública del proceso de acoso en general, y de las responsabilidades de la víctima y acosadores, quiero recordar solo tres reglas básicas, que con frecuencia olvida el entorno de testigos, autoridades y aparato jurídico. Se refieren a las inferencias atribucionales sobre la personalidad de alguien a partir de su conducta observada:

1.- La conducta pública no es necesariamente coherente con la privada. Particularmente en algunas patologías es radicalmente distinta. La conducta pública afectadamente formal, debería inquietarnos más que encandilarnos.

2.- La conducta con el endogrupo, o más exactamente en situaciones de no competición, lúdicas o de cooperación, tampoco tiene por qué ser coincidente en la misma persona en situaciones contrarias, con las conductas hacia el exogrupo o en la competición. Los torturadores nazis podían ser, eran muchos de ellos, encantadores padres, esposos y abuelos.

3.- No es objetivo interpretar igual la misma conducta en situaciones distintas. No significa lo mismo, respecto de la personalidad del agente, la beatitud social del que tiene las espaldas cubiertas, que la inquietante angustia del que está al borde del abismo. No es necesariamente egoísta el que reclama lo robado, ni generoso el que reparte lo ajeno”(Martínez, pp. 14-15).

2.4. La escala de Cisneros como herramienta de valoración del mobbing

“La escala Cisneros es un cuestionario desarrollado por el profesor Iñaki Piñuel de carácter autoadministrado, compuesto por 43 ítems que objetivan y valoran 43 conductas de acoso psicológico. Dicho cuestionario forma parte del Barómetro CISNEROS® (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales), integrado por una serie de escalas cuyo objetivo es sondear de manera periódica, el estado y las consecuencias de la violencia en el entorno laboral de las organizaciones. En el presente trabajo se estudia la fiabilidad, validez y dimensionalidad de la escala Cisneros, empleando datos obtenidos en una muestra de 1.303 trabajadores pertenecientes a un gran número de sectores de actividad. Los resultados indican que la escala Cisneros tiene una elevada fiabilidad (0.96), una estructura bidimensional que permite ordenar sus ítems a lo largo de dos dimensiones (Ámbito de la conducta de acoso y Tipo de conducta de acoso), y que presenta relaciones teóricamente esperables con escalas que miden Autoestima, Burnout, Depresión, Abandono profesional y Estrés postraumático. Los resultados obtenidos muestran una buena capacidad para discriminar entre diversos grados de acoso y, por consiguiente, la utilidad de la escala como indicador de la gravedad e intensidad del daño infligido a la víctima.

“Cisneros scale to assess psychological harassment or mobbing at work. The Cisneros scale is a selfmanaged questionnaire developed by Iñaki Piñuel that contains 43 items in a seven-point Likert response scale. The range is from never (0) to daily (6). Items deal with 43 different behaviours related to bullying, harassment and emotional abuse in the workplace. The scale forms part of a more extensive instrument, the CISNEROS Barometer™ (Cuestionario Individual sobre PSicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales; Individual Questionnaire on Psychoterror, Mobbing,

Stigmatization and Rejection in Social Organizations), which includes 3 scales for exploring periodically the content and development of violence and harassment in the workplace in Spain. In this paper we analyze the reliability, validity and dimensionality of the Cisneros scale using data from a sample of 1.303 workers from different sectors. Results show that Cisneros has very high reliability (0.96) and a bidimensional structure that includes «Locus of bullying behaviour» and «Type of bullying behaviour», and that it presents expected and statistically significant correlations with scales measuring Self-esteem, Burnout, Depression, Intention to leave, and Post-traumatic Stress. It is concluded that Cisneros is capable of discriminating between different levels of bullying and harassment at work and can be considered a valuable tool to examine and establish the frequency and damage of mobbing at organizational or individual level.

“El mobbing causa enormes sufrimientos a las personas que lo padecen y merma la competitividad potencial de las organizaciones en las que se produce (para una revisión véase Zapf y Einersen, 2001). Durante los últimos años se han dado varias definiciones de mobbing. Entre las más relevantes figuran las siguientes:

Encadenamiento sobre un periodo de tiempo bastante corto de intentos o acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas, por una o varias personas, hacia una tercera: el objetivo. El mobbing es un proceso de destrucción; se compone de una serie de actuaciones hostiles, que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos (Leymann, 1996a, p. 27, Citado por Fidalgo & Piñuel).

“En el ámbito laboral, definimos el mobbing como el continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él

cruelmente con el objeto de lograr su aniquilación o destrucción psicológica y obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos, o ajenos a un trato respetuoso o humanitario, y que atentan contra la dignidad del trabajador. El mobbing tiene como objetivo intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir, que suele presentar el hostigador, quien aprovecha la ocasión que le brinda la situación organizativa particular (reorganización, reducción de costes, burocratización, cambios vertiginosos, etc.) para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas (Piñuel, 2001a, p. 55, Citado por Fidalgo & Piñuel).

“Todo comportamiento abusivo (gesto, palabras, comportamientos, actitudes...) que atenta por su repetición y sistematicidad a la dignidad o a la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el clima de trabajo (Hirigoyen, 2001, p. 13, Citado por Fidalgo & Piñuel).

“En todas estas definiciones destacan dos elementos característicos del mobbing, la persistencia temporal de las conductas de acoso y su amplio abanico de posibilidades. Las estrategias utilizadas para someter a la víctima a acoso psicológico son muy variadas, y la mayor parte de las veces se combinan unas con otras a modo de ‘tratamiento integral’ (Piñuel, 2001a). Entre ellas se cuentan las siguientes:

- Gritar, chillar, avasallar o insultar a la víctima cuando está sola o en presencia de otras personas.

- Asignarle objetivos o proyectos con plazos que se saben inalcanzables o imposibles de cumplir, y tareas que son manifiestamente inacabables en ese tiempo.
- Quitarle áreas de responsabilidad clave, ofreciéndole a cambio tareas rutinarias, sin interés o incluso ningún trabajo que realizar (‘hasta que se aburra y se vaya’).
- Ignorarlo o excluirlo, hablando solo a una tercera persona presente, simulando su no existencia (ninguneándolo) o su no presencia física en la oficina o en las reuniones a las que asiste (‘como si fuera invisible’).
- Retener información crucial para su trabajo o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarlo después de negligencia o faltas profesionales.
- Extender por la empresa rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.
- Infravalorar o no valorar en absoluto el esfuerzo realizado, mediante la negativa a reconocer que un trabajo está bien hecho o la renuencia a evaluar periódicamente su trabajo.
- Ignorar los éxitos profesionales o atribuirlos maliciosamente a otras personas o a elementos ajenos a él, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.

- Criticar continuamente su trabajo, sus ideas, sus propuestas, sus soluciones, etc., caricaturizándolas o parodiándolas.
- Castigar duramente cualquier toma de decisión o iniciativa personal en el desempeño del trabajo, como una grave falta al deber de obediencia debida a la jerarquía.
- Ridiculizar su trabajo, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores.
- Animar a otros compañeros a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.
- Invasión la privacidad del acosado interviniendo su correo, su teléfono, revisando sus documentos, armarios, cajones, etc., sustrayendo maliciosamente elementos claves para su trabajo.

“El resultado que los comportamientos descritos tienen sobre el bienestar laboral y la salud física y psicológica de quien los padece son fácilmente predecibles; entre otros: depresión, ansiedad, estrés postraumático, ‘burnout’ y abandono profesional” (Piñuel, 2003, Citado por Fidalgo & Piñuel).

“Se considera al psicólogo sueco Heinz Leymann, el primer investigador que sistematizó y difundió ampliamente (1986, 1990, 1993, 1996a) el fenómeno conocido como mobbing y sus consecuencias, aunque ya había sido definido con anterioridad por Lorenz (1991) en etología y por Heinemann (1972) en el ámbito educativo.

“Al libro editado por Leyman (1993) en alemán, le siguieron otras obras de referencia en francés (Hirigoyen, 1994), inglés (Davenport, Schwartz y Elliot, 1999) y español (Piñuel, 2001, 2003, Citado por Fidalgo & Piñuel).

“A Leyman (1992) se le debe también el primer cuestionario diseñado para evaluar el mobbing, el LIPT (Leyman Inventory of Psychological Terrorization). El LIPT (adaptado al castellano por González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2003) es un cuestionario que describe 45 conductas de acoso psicológico, debiendo señalar la persona evaluada si las ha sufrido o no. En 2000 el profesor Iñaki Piñuel, con el objetivo de evaluar no solo el mobbing en el entorno laboral de las organizaciones, sino también sus consecuencias, elaboró el barómetro CISNEROS®, primera herramienta que se utilizó para medir la incidencia del fenómeno del acoso psicológico en España. Este cuestionario consta de una escala específicamente diseñada para evaluar las conductas de acoso psicológico.

“Dicha escala, denominada escala Cisneros, siguiendo las mismas pautas que el LIPT, objetiva 43 conductas de acoso psicológico solicitando de la persona que responde, que valore en una escala de 0 (nunca) a 6 (todos los días) el grado en que es afectado por cada una de las conductas de acoso. El barómetro CISNEROS ® se aplicó por primera vez en el año 2001 a trabajadores en activo de todos los sectores de actividad de la Comunidad de Madrid en el entorno de Alcalá de Henares y Guadalajara. Fue la primera investigación monográfica con una muestra amplia realizada en España con casi 1.000 encuestas válidas. Los resultados de la investigación fueron publicados por la Revista AEDIPE, obteniendo el accésit al premio al mejor artículo científico en materia de recursos humanos del año 2001

(Piñuel, 2001b). A esta primera investigación le han seguido otras, algunos de cuyos resultados están ya publicados (Piñuel y Oñate, 2002; 2003), o se darán a conocer próximamente (Piñuel, Fidalgo, Oñate y Ferreres, 2004a, 2004b)”. (Fidalgo & Piñuel, 2004, pp. 615-624).

2.5. Acoso laboral y trastornos de la personalidad

“En este artículo se lleva a cabo un estudio de los trastornos de personalidad asociados al acoso psicológico en el lugar de trabajo (mobbing). Para ello se contó con una muestra de 50 víctimas de acoso laboral, que complementaron el MCMI-II, y de 50 sujetos de la población activa normal con las mismas características demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico). El 36% de la muestra clínica (frente al 14% de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. El trastorno de personalidad de mayor prevalencia fue el trastorno compulsivo (18%), seguido del dependiente (8%) y del fóbico-evitativo (4%) e histriónico (4%). Las víctimas de mobbing con trastornos de personalidad presentaban además mayores niveles de ansiedad (rasgo y estado) y mayor consumo de alcohol que los trabajadores acosados que no presentaban ningún trastorno de la personalidad. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Abstract

“This paper describes the most frequent personality disorders related to mobbing in the workplace. A sample of 50 victims was assessed with the MCMI-II whereas another sample

of 50 individuals represented the general population –control group. Both groups were balanced in terms of demographic features including age, gender and socioeconomic status. The results showed that 36% of the clinical sample showed at least one personality disorder compared with 14% of the normative sample. The obsessive-compulsive disorder was the most prevalent (18%) followed by dependent (8%), avoidant (4%) and histrionic (4%) disorders. Furthermore, the victims with personality disorders were alcohol abusers and presented higher anxiety levels than the harassed workers without any personality disorder. Finally, implications of this study for clinical practice and future research in the field are discussed.

Palabras clave:

Mobbing, Acoso laboral, Trastornos de la personalidad.

Key words

Mobbing, Workplace bullying, Personality disorders”.

Introducción

“El acoso psicológico en el lugar de trabajo (mobbing) ha sido descrito como una forma de violencia psicológica extrema, susceptible de ser manifiesta a través de muy diversos comportamientos cometidos sobre una persona y que se producen dentro del entorno

laboral, de forma sistemática (al menos una vez a la semana) y durante un tiempo prolongado (al menos durante seis meses) (Martín-Daza y Pérez-Bilbao, 1998; Pérez-Bilbao, Nogareda, Martín-Daza y Sancho, 2001). No obstante, el mobbing puede considerarse como una forma de estrés laboral que presenta la particularidad de no ocurrir exclusivamente por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier lugar de trabajo entre los distintos individuos que la conforman, siendo considerado hoy en día como uno de los principales estresores psicosociales (Moreno-Jiménez, Rodríguez y Garrosa, 2006; Pérez-Bilbao et al., 2001, Citados por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

“El estudio del acoso laboral ha resultado escaso hasta la década de los años ochenta, momento a partir del cual comenzó a ser estudiado este fenómeno de manera más exhaustiva (Ausfelder, 2002; Davenport, Schwartz y Elliott, 2002; Einarsen y Skogstad, 1996; Einarsen, Hoel, Zapf y Cooper, 2003; Hoel, Rayner y Cooper, 1999; Leymann, 1996; Zapf y Einarsen, 2001), alcanzándose datos poco homogéneos hasta la fecha, debido a las dificultades en la definición conceptual del constructo mobbing, los diferentes instrumentos de medida utilizados y el diverso origen sectorial de las muestras de estudio, entre otros aspectos (Einarsen et al., 2003; Leymann, 1996). Por todo ello, se antoja complejo y arriesgado poder ofrecer unas conclusiones absolutas en materia de acoso psicológico en el ámbito laboral; dificultades que, sin embargo, no han impedido que a partir de las definiciones más operativas sobre el concepto mobbing se hayan desarrollado importantes investigaciones de referencia (Einarsen et al., 2003). Pese a ser evidente que el estudio del mobbing necesita de un mayor desarrollo (Moreno-Jiménez et al., 2006), las

investigaciones desarrolladas han intentado precisar las distintas variables que intervienen en el proceso del acoso, centrándose los principales estudios en tres líneas de investigación: 1) las características del acosador y la víctima; 2) las características inherentes a las relaciones interpersonales dentro de las organizaciones de trabajo; y 3) los factores psicosociales (Einarsen, 2000; Leymann y Gustafsson, 1996; Matthiesen y Einarsen, 2001, 2004; Mikkelsen y Einarsen, 2001, 2002a, 2002b; Moreno-Jiménez, Rodríguez, Garrosa y Morante, 2005, Citados por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

“Por otra parte, en cuanto a la estructura de la personalidad de los trabajadores que padecen situaciones de acoso laboral, por lo general, se ha considerado que no existen características definitivas en las víctimas y que todo trabajador puede llegar a sufrir mobbing a lo largo de su trayectoria profesional (Ausfelder, 2002; Borrás, 2002; Field, 1996; Leymann, 1996; Pérez-Bilbao et al., 2001; Piñuel, 2001, 2003; Sáez y García-Izquierdo, 2001). Asimismo, para Conesa y Sanahuja (2002), las personas acosadas pueden clasificarse en tres grandes grupos: 1) personas brillantes, atractivas y algo seductoras, y por lo tanto envidiables y consideradas peligrosas o amenazadoras por el acosador que teme perder su protagonismo; 2) personas vulnerables o depresivas que son el blanco fácil del agresor en el que descargar sus propias frustraciones; y 3) personas eficaces y trabajadoras que ponen en evidencia lo establecido y pretenden imponer reformas, que son vistas por el agresor como un peligro o amenaza de su estatus en la organización laboral.

“No obstante, la estructura de la personalidad de las víctimas de mobbing ha generado una significativa controversia en cuanto a su importancia (Matthiesen y Einarsen, 2001, 2004), existiendo estudios que indican la presencia de una pobre autoestima y unos elevados

niveles de ansiedad social en las relaciones interpersonales de dichas víctimas (Einarsen, Raknes y Matthiesen, 1994; Matthiesen y Einarsen, 2001), elevados niveles de neuroticismo (Matthiesen y Einarsen, 2001; Vartia, 1996) y baja extraversión (Coyne, Seigne y Randall, 2000, cit. Matthiesen y Einarsen, 2001). Sin duda uno de los estudios más destacados al respecto fue el realizado por Gandolfo (1995), quien desarrolló una investigación en Estados Unidos utilizando el MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) con el propósito de estudiar los perfiles psicopatológicos manifiestos en las víctimas de mobbing, hallando elevaciones significativas en la triada neurótica de dicha prueba psicométrica (hipocondría, depresión e histeria de conversión). Este perfil tipo obtenido a través del MMPI-2 en el estudio de Gandolfo coincide plenamente con los resultados de un estudio con idéntica metodología desarrollado cinco años más tarde en Noruega, donde se han encontrado resultados prácticamente idénticos a los anteriormente citados (Matthiesen y Einarsen, 2001); de hecho, Matthiesen y Einarsen (2001) señalan en su estudio que, aunque todas las víctimas de mobbing presentan un perfil moderadamente elevado, es posible hablar de ciertas diferencias significativas, así por ejemplo, hacen distinción entre tres tipos de perfiles tipo: 1) trabajador gravemente afectado, este perfil es el propio de sujetos víctimas de situaciones de acoso intensas y duraderas en el tiempo, siendo los elevados niveles de ansiedad la característica más destacada; 2) trabajador depresivo y contrariado, este perfil corresponde a sujetos que muestran una hipervigilancia hacia el entorno y un estado anímico depresivo, siendo sus puntuaciones típicas más destacadas las correspondientes a las escalas de paranoia y depresión; y 3) trabajador acosado común, es el perfil habitual en sujetos que han sufrido acoso laboral pero no manifiestan alteraciones psicopatológicas relevantes, siendo todas sus puntuaciones típicas de las escalas básicas moderadas.

“En resumen, se observa una amplia variedad de datos empíricos en cuanto a las características de la personalidad en las personas acosadas en su lugar de trabajo, no siendo posible establecer un perfil homogéneo en este tipo de sujetos. Por ello, el objetivo de este estudio es conocer con más detalle la comorbilidad de las alteraciones de personalidad con el padecimiento de situaciones de mobbing. Para ello se ha utilizado el MCMI-II (inventario clínico multiaxial) (Millon, 1997), que es un instrumento de autoinforme muy utilizado en la evaluación de los trastornos de personalidad y cuyo autor ha ejercido una influencia determinante en la clasificación misma de los trastornos de personalidad del DSM-IV-TR (APA, 2002, Citado por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

Método y sujetos

“La muestra de este estudio está compuesta por 100 sujetos (50 víctimas de mobbing y 50 personas de la población activa general), siendo todos ellos debidamente informados del propósito del estudio desarrollado. El grupo clínico estuvo compuesto por trabajadores que acudieron en busca de asesoramiento profesional y/o psicoterapia a la ‘Plataforma de la Comunidad de Madrid contra los Riesgos Psicosociales y la Discriminación Laboral’ (PRIDICAM) entre los meses de octubre del 2006 y diciembre del 2007. Los criterios de admisión al estudio fueron los siguientes: a) cumplir los criterios técnicos de duración y frecuencia del acoso laboral establecidos por el ‘Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo’ a través de la Nota Técnica Preventiva 476 (Martín-Daza y Pérez-Bilbao, 1998) con arreglo a una entrevista estructurada; y b) responder de forma positiva el ítem nº 44 de la Escala Cisneros (Fidalgo y Piñuel, 2004) (‘En el transcurso de los últimos 6 meses, ¿ha sido usted víctima de por lo menos alguna de las anteriores formas de maltrato

psicológico de manera continuada (con una frecuencia de más de una vez por semana?’). Por otra parte, el grupo control estaba compuesto por 50 sujetos seleccionados entre la población activa normal, que no estaba ni había estado en los últimos dos años en tratamiento psicológico o psiquiátrico. Se trata de personas sin patología mental conocida, apareadas en edad, sexo y clase social con las del grupo anterior, reclutadas entre el personal administrativo de una organización consultora. Los sujetos de ambos grupos tenían una edad media de 37,26 años (D.T.=11,05), hombres y mujeres repartidos al 50% en ambos grupos y que se autopercebían en su totalidad dentro de una clase social media.

Instrumentos de evaluación

“Las variables de personalidad se evaluaron mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) (Millon, 1997). Asimismo se consideraron otras variables de carácter psicopatológico, como son los niveles de ansiedad (rasgo y estado) y depresión y el uso/consumo de alcohol, todo ello mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) y el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol (AUDIT)” (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989, Citados por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

Procedimiento

“Una vez seleccionados los sujetos de la muestra, según los criterios expuestos, la evaluación de las víctimas de mobbing se ha llevado a cabo a través de dos sesiones anteriores a iniciar cualquier intervención profesional. En la primera sesión se valoraban los datos relacionados con las conductas de acoso percibidas, así como las características

psicopatológicas asociadas (ansiedad, depresión y uso/consumo de alcohol), y en la segunda se realizaba la evaluación de las dimensiones y trastornos de la personalidad con el instrumento descrito. La evaluación de los sujetos normativos se llevó a cabo, tras una estratificación previa en edad, sexo y clase social, en una única sesión, en la que se valoraban los trastornos de personalidad con el MCMI-II así como indicadores de tipo ansioso-depresivo a través de la aplicación del STAI y del BDI.

“Además, con arreglo a los criterios más conservadores de Weltzler (1990), solo se ha considerado la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del MCMI-II era superior a 84 puntos.

Resultados

“Rasgos de personalidad y características psicopatológicas de las víctimas de mobbing”.

“La puntuación media de la muestra clínica en la escala de ansiedad- rasgo (A/R) es de 24,4 (D.T.=8,1). Al comparar estos datos con la escala de ansiedad-rasgo de la muestra normativa del instrumento (\bar{x} =21,2; D.T.=8,7), no se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($t=1,38$; n.s.).

“En cuanto a las variables psicopatológicas, la puntuación media obtenida en la escala de ansiedad estado (A/E) en la muestra de víctimas es de 28,7 puntos (D.T.=13,5). Al comparar estos datos con los de la población normativa ($X=21,6$; D.T.=10,8), podemos señalar que los trabajadores acosados presentan unos niveles de ansiedad-estado significativamente superiores a la población normal ($t=2,81$; $p<0,05$). En cuanto a los

niveles de depresión, las víctimas de acoso laboral han obtenido una puntuación media de 27,5 (D.T.=12,5), lo que refleja una sintomatología depresiva moderada y significativamente superior a la puntuación del grupo control ($X=7,6$; D.T.=3,8) ($t=2,33$; $p<0,01$).

“Por otra parte, en cuanto al uso/ consumo de alcohol, los trabajadores acosados obtienen una puntuación media en el AUDIT de 3,4 puntos (D.T.=1,8), lo que refleja la ausencia de un consumo de alcohol clínicamente significativo, según los puntos de corte establecidos.

“En suma, las características de los trabajadores acosados durante los últimos seis meses en su lugar de trabajo de la muestra de estudio, según los instrumentos de medida empleados, es el de personas con una sintomatología ansioso-depresiva moderada (evidenciable en las puntuaciones alcanzadas en el STAI A/E y en el BDI) y sin un consumo de alcohol clínicamente significativo, no habiéndose hallado diferencias significativas en relación a los niveles de ansiedad rasgo entre trabajadores acosados y no acosados.

Trastornos de la personalidad

“El 36% de la muestra de víctimas de acoso laboral (18 sujetos) presenta, al menos, un trastorno de personalidad. El trastorno observado con mayor frecuencia es el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, que afecta al 18% de los casos ($N=9$), seguido del trastorno dependiente (8%) y del evitativo e histriónico (un 4% cada uno de ellos) (Tabla 1). En el caso de la población activa normal, la tasa de prevalencia de los trastornos de la personalidad asciende al 14% de la muestra normativa (7 sujetos), habiendo sido los trastornos detectados los mismos que en el grupo de trabajadores acosados, aunque

destacando ligeramente entre ellos el trastorno compulsivo de la personalidad (6%) y el trastorno por dependencia (4%), apareciendo en únicamente el 2% de los casos los trastornos fóbico-evitativo e histriónico. No ha sido detectado ningún trastorno de la personalidad de los subtipos restantes en ninguna de las muestras de estudio.

Tabla 1. Tasa de trastornos de la personalidad con el MCMI-II

Trastornos de la personalidad	Víctimas de <i>mobbing</i> (n=50)		Población activa normal (n=50)		χ^2
	N	%	N	%	
Esquizoide	-	-	-	-	-
Fóbico-Evitativo	2	4	1	2	0,3
Dependiente	4	8	2	4	1,1
Histriónico	2	4	1	2	0,3
Narcisista	-	-	-	-	-
Antisocial	-	-	-	-	-
Agresivo-sádico	-	-	-	-	-
Obsesivo-Compulsivo	9	18	3	6	3,4
Negativista (Pasivo-agresivo)	-	-	-	-	-
Autodestructivo	-	-	-	-	-
Esquizotípico	-	-	-	-	-
Límite	-	-	-	-	-
Paranoide	1	2	-	-	-
TOTAL	18	36	7	14	6,4^a

^ap<0.05

“A nivel estadístico, se debe señalar que la comparación de la tasa global de trastornos entre ambas muestras ha evidenciado diferencias significativas ($\chi^2(1)=6,4$; $p<0,05$), no así entre los distintos subtipos de trastornos de la personalidad detectados, donde la diferencia no ha resultado significativa en términos estadísticos (Tabla 1).

“Por otra parte, una vez obtenido el porcentaje global de trabajadores que presentan algún trastorno de la personalidad y los trastornos concretos de mayor prevalencia en ambas muestras, se han comparado en el resto de las variables estudiadas a los trabajadores acosados en su lugar de trabajo con trastornos de personalidad, con los trabajadores acosados que no presentaban dicho tipo de trastornos, según el instrumento de medida utilizado (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de las variables estudiadas en función de la existencia de trastornos de la personalidad en la muestra de víctimas de mobbing

	Con trastorno de la personalidad (n=18)		Sin trastorno de la personalidad (n=32)		<i>t</i>
	X	DT	X	DT	
Ansiedad-rasgo (A/R)	25,9	8,4	23,7	8,0	2,89*
Ansiedad-estado (A/E)	30,5	14,9	27,8	12,8	2,37*
Depresión	29,6	13,3	26,4	12,4	1,89
Abuso de alcohol	5,9	2,1	2,1	1,2	6,84**

*p<0,05; **p<0,01

“La comparación en las distintas variables estudiadas (ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, sintomatología depresiva, uso/consumo de alcohol) entre ambas submuestras, indica que los trabajadores acosados con un trastorno de la personalidad presentan niveles más elevados de ansiedad-rasgo (25,9 vs. 23,7, $t=2,89$, $p<0,05$) y de ansiedad-estado (30,5 vs. 27,8, $t=2,37$, $p<0,05$), así como un consumo más elevado de alcohol (5,9 vs. 2,1, $t=6,84$, $p<0,01$), mientras que respecto a los niveles de sintomatología depresiva, no se han hallado diferencias significativas (29,6 vs. 26,4, $t=1,89$, n.s.).

Discusión

“En este estudio se ha llevado a cabo un análisis de los trastornos de personalidad que afectan a los trabajadores acosados en su lugar de trabajo, entendiendo como trastorno de la personalidad un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, que tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta y que es estable en el tiempo, comportando malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 2002). Asimismo, se han relacionado dichos trastornos con indicadores psicopatológicos (ansiedad-estado, sintomatología depresiva,

uso/consumo de alcohol) y con otros indicadores de personalidad de las víctimas (ansiedad-rasgo).

“Por lo que se refiere a los rasgos de personalidad, los resultados obtenidos muestran la importancia de los niveles de ansiedad-rasgo (A/R) entre las víctimas de mobbing que presentan algún trastorno de la personalidad, respecto a los trabajadores acosados que no presentan trastorno de la personalidad (no así entre trabajadores acosados y no acosados), mientras que en cuanto a los trastornos de personalidad propiamente dichos, los resultados obtenidos han mostrado una tasa alta (36%) de trastornos en la muestra de sujetos acosados, muy superior a la muestra procedente de la población normal (14%). Desde una perspectiva más específica, la mayor parte de los trastornos de personalidad encontrados en los sujetos acosados se engloban dentro de categoría C del DSM-IV-TR (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo), que se corresponden con personas con problemas de ansiedad, tratándose de sujetos temerosos e hipersensibles a la crítica (especialmente a la de los demás), con falta de confianza en sí mismos y con una gran dependencia de la valoración y opinión de los demás en su autoestima” (Ávila y Herrero, 1995; Millon, 2000, Citados por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

“Especificando las implicaciones que conlleva cada trastorno detectado y siguiendo a Millon (2000), podemos señalar que las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad presentan un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, aspectos que sin lugar a dudas pueden interferir en su relación con los demás, ya que son sujetos a los que les cuesta adaptarse a nuevas demandas y suelen estar tensos, aunque con tendencia a controlar sus emociones. Este estilo de personalidad se

correspondería al tipo de víctimas descrito por Conesa y Sanahuja (2002) como personas eficaces y trabajadoras que pueden poner en evidencia lo establecido por su rigidez.

“Respecto a los trabajadores que presentan un trastorno de la personalidad por dependencia, se debe señalar que presentan un patrón de comportamiento sumiso y un estilo cognitivo ingenuo, teniendo dificultades en sus relaciones interpersonales, ya que necesitan seguridad y consejos por parte de los demás, mostrando un comportamiento observable incompetente y evitando las responsabilidades por el hecho de autoperibirse como una persona débil, frágil y poco competitiva (Millon, 2000); de hecho, este estilo de personalidad se correspondería al tipo de víctimas descrito por Conesa y Sanahuja (2002) como personas vulnerables que son el blanco fácil del agresor en el que descargar sus propias frustraciones, definición que también resultaría aplicable a los trabajadores con un trastorno de la personalidad por evitación, el cual implica un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa (APA, 2002), tratándose de sujetos cuyo comportamiento observable es ansioso y su estado anímico angustiado, distanciándose a menudo de las actividades interpersonales por su carencia de habilidades” (Millon, 2000, Citado por González Trijueque & Delgado Marina, 2008)

“Por último y en relación a los trastornos de la personalidad hallados en este estudio, debemos indicar que los trabajadores con trastorno histriónico de la personalidad encajan en el tipo de víctimas descrito por Conesa y Sanahuja (2002) como personas atractivas, seductoras y por tanto envidiables, ya que este trastorno implica un patrón de emotividad excesiva y una demanda de atención significativa (APA, 2002), siendo personas con un estado de ánimo variable y que pueden resultar provocativos, ya que tienden a

entusiasmarse con la misma facilidad con la que se enfadan o aburren” (Millon, 2000, Citado por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

“Tal y como se puede comprobar, todos los trastornos de la personalidad detectados implican un evidente déficit en el establecimiento de relaciones interpersonales, aspecto fundamental de cara a una correcta adaptación en un ámbito como el laboral, no debiendo olvidar que el mobbing es un complejo fenómeno que tiene lugar a partir de las relaciones interpersonales establecidas en el lugar de trabajo” (Moreno-Jiménez et al., 2006, Citados por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

“Además, en este estudio el diagnóstico de un trastorno de personalidad en los trabajadores acosados se ha relacionado con un cuadro clínico más complejo, es decir, con una mayor tendencia al uso/consumo de alcohol, así como mayores niveles de ansiedad-rasgo (A/R) y mayor cantidad de indicadores de ansiedad-estado (A/E) (Tabla 2), resultando estos datos plenamente compatibles con aquellos que señalan a la ansiedad como la respuesta psicopatológica más habitual en este tipo de víctimas (Einarsen y Mikkelsen, 2003; Leymann y Gustafsson, 1996; Matthiesen y Einarsen, 2001, 2004; Mikkelsen y Einarsen, 2001, 2002a, 2002b). No obstante, los datos respecto al uso/consumo de alcohol deben ser tomados con cautela dado el tamaño de la muestra, pese a que desde la teoría se ha señalado que, las drogodependencias son susceptibles de ser originadas por las situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo, o surgir como respuesta a la situación dentro de la propia organización laboral como estrategia de afrontamiento, pudiendo superponerse a la situación como un factor más dentro de ella, ya que se ha observado que los trabajadores acosados pueden buscar en distintos tipos de sustancias psicoactivas el apoyo que no

perciben, o no encuentran, y la seguridad perdida (Pérez-Bilbao et al., 2001), hecho que puede explicar el mayor uso de alcohol en este tipo de sujetos respecto a la población normal, situación aún más evidente entre los trabajadores acosados que presentan algún trastorno de la personalidad. Aún así, se debe señalar que la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos con problemas con el alcohol es muy heterogénea, existiendo una amplia variabilidad de unos estudios a otros, aunque sí se ha observado cierta tendencia a los trastornos de personalidad del grupo B, principalmente en el de tipo antisocial (Fernández- Montalvo y Landa, 2003, Citados por González Trijueque & Delgado Marina, 2008), trastornos no hallados en este estudio a excepción del histriónico.

“Asimismo, señalar que el principal objetivo de este estudio se ha centrado en analizar el papel desempeñado por la comorbilidad psicopatológica — referida, en este caso, a los trastornos de personalidad — en las víctimas de mobbing; es de interés señalar que, desde la teoría, se ha considerado como un argumento en contra de este tipo de estudios el que, generalmente, la evaluación se desarrolla en víctimas donde no es posible precisar si los rasgos caracterológicos detectados son de tipo premórbido o son posteriores al correspondiente proceso de victimización (Leymann y Gustafsson, 1996); no obstante y en relación al estudio piloto desarrollado debemos decir que según Millon (2000), los trastornos de la personalidad conforman síndromes clínicos previos, tratándose por tanto de rasgos caracterológicos de tipo premórbido, aunque debamos reconocer que en algún caso pudieran tratarse de rasgos posteriores al proceso de victimización del acoso laboral, situación susceptible de ser evidenciada en situaciones cronificadas o de larga duración.

“Por otra parte, debemos señalar que los resultados hallados pueden resultar de interés no solo en el ámbito de la psicología clínica, sino también en procesos de selección propios de la psicología del trabajo y de las organizaciones (área desde donde más se ha estudiado el fenómeno del mobbing) y en otras áreas de la psicología donde la valoración del acoso laboral cada vez está resultando de mayor interés, como es por ejemplo la psicología forense, donde la valoración del estado anterior y la vulnerabilidad de las víctimas resulta esencial ante la elaboración de un dictamen pericial” (González-Trijueque, 2007, Citado por González Trijueque & Delgado Marina, 2008).

“En último lugar y a modo de conclusión, debemos señalar que se ha de ser prudentes con los resultados obtenidos, no solamente por el tamaño de la muestra utilizada, sino también por los problemas que presenta el uso del MCMI-II a la hora de diagnosticar trastornos de la personalidad (p. ej., inconsistencias en los baremos que sirven para transformar las puntuaciones directas a puntuaciones TB, puntos de corte para el diagnóstico cuya validez no viene avalada por ningún tipo de estudio empírico), no resultando recomendable utilizar la adaptación española del MCMI-II con fines diagnósticos hasta que se obtengan datos que sustenten su validez diagnóstica (Sanz, 2007)” (González Trijueque & Delgado Marina, 2008, pp. 191-204).

“Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de mobbing.

“Resumen

Contexto: diversas investigaciones subrayan el alto riesgo de error diagnóstico de trastorno delirante y trastorno paranoide de la personalidad entre víctimas de mobbing o acoso psicológico en el trabajo (APT).

“Objetivo: analizar hasta qué punto los síntomas asociados con el mobbing son confundidos con criterios de dos nosologías del espectro paranoide (trastorno delirante y trastorno paranoide de la personalidad).

“Métodos: se realiza una revisión bibliográfica desde 1990 hasta junio de 2009 en PubMed y SciELO.

“Resultados: la identificación de síntomas del espectro paranoide en las víctimas de mobbing no resulta consistente con la literatura que, en cambio, indica una fuerte presencia de síntomas del espectro del estrés postraumático (hasta el 92%), aunque no se cumpla el criterio A1 de esta nosología. Se apuntan algunas causas del error diagnóstico, tales como la tendencia a confundir hipervigilancia (criterio D4 del trastorno por estrés postraumático en el DSM-IV-TR) con ideación paranoide, la existencia de un perfil defensivo en las víctimas de APT y la falta de reconocimiento por parte de los clínicos del impacto estresante y traumatizante del mobbing.

“Conclusión: se requieren investigaciones longitudinales y mixtas (cualitativos/cuantitativos) para establecer criterios robustos de diagnóstico diferencial entre las manifestaciones clínicas asociadas al mobbing y los síntomas paranoides.

“Palabras clave: Mobbing, acoso psicológico en el trabajo, trastorno delirante, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno por estrés postraumático.

Resumo

“Contexto: diversos estudos evidenciam o alto risco de erro diagnóstico de transtorno delirante e transtorno da personalidade paranoide entre as vítimas de mobbing ou assédio psicológico no trabalho (APT).

“Objetivo: analisar a associação dos sintomas atribuídos ao mobbing com os critérios de duas nosologias do grupo paranoide (transtorno delirante e transtorno da personalidade paranoide).

“Métodos: realiza-se uma revisão bibliográfica de 1990 a junho de 2009 em PubMed e SciELO.

“Resultados: a identificação de sintomas paranoides em vítimas de mobbing não é congruente com a literatura científica. Por outro lado, evidencia-se uma forte presença de sintomas vinculados ao estresse pós-traumático (até 92%), ainda que não apresente o critério A1 dessa patologia. Algumas causas de erro diagnóstico seriam a tendência a confundir a hipervigilância (critério D4 do transtorno de estresse pós-traumático do DSM-IV-TR) com ideação paranoide, a existência de um perfil defensivo nas vítimas de APT e o desconhecimento do impacto estressante e traumatizante do mobbing pelos clínicos.

“Conclusão: são necessários estudos longitudinais e com metodologias mistas (qualitativas/quantitativas) para estabelecer critérios sólidos de diagnóstico diferencial entre as manifestações clínicas atribuídas ao mobbing e os sintomas paranoides”.

“Palavras-chave: mobbing, assédio psicológico no trabalho, transtorno delirante, transtorno da personalidade paranoide, transtorno por estresse pós-traumático.

Abstract

“Background: several studies point out the high risk of misdiagnosing delusional disorder and paranoid personality disorder in victims of mobbing or workplace harassment (WPH).

“Objective: to analyze the extent to which the symptoms attributable to mobbing are misidentified with criteria for two paranoid spectrum nosologies (delusional disorder and paranoid personality disorder).

“Methods: literature review of PubMed and SciELO from 1990 to June 2009.

“Results: The identification of paranoid spectrum symptoms in victims of mobbing is not consistent with the literature, which, by contrast, shows a notable presence of symptoms in the post-traumatic stress spectrum (as much as 92%), although they do not meet the A1 criterion for this nosology. Some of the causes of wrong diagnosis are noted, such as a tendency to confuse hypervigilance (D4 criterion for post-traumatic stress disorder in DSM-IV-TR) with paranoid ideation, the existence of a defensive profile in victims of

WPH, and lack of recognition on the part of clinicians of the stressful and traumatizing impact of mobbing.

“Discussion: longitudinal and mixed methodology (qualitative and quantitative) studies are necessary in order to establish robust differential diagnosis criteria that clearly distinguish the clinical manifestations attributable to workplace harassment from paranoid spectrum symptoms.

“Keywords: Mobbing, workplace harassment, delusional disorder, paranoid personality disorder, post-traumatic stress disorder.

Introducción

“La Señora M es una funcionaria competente y con larga experiencia en la administración pública, pero hace dos años fue trasladada al sótano de su centro de trabajo. Desde entonces no le ha sido encomendada ninguna tarea ni puede tener acceso a un ordenador para realizar sus funciones laborales - por otro lado ya inexistentes - ni recibe ninguna explicación de la dirección o de sus compañeros de trabajo sobre las razones de esta situación. La ansiedad y el insomnio producidos por esta vivencia laboral estresante (‘¡Es mi ruina profesional!’) la ha llevado a visitar a un psicólogo y a ser tildada, como consecuencia del conocimiento de esta relación terapéutica por parte de sus compañeros de trabajo, de ‘loca’, ‘enferma mental’ y otro tipo de apelativos que han amplificado su proceso de denigración profesional y personal.

“El Señor J es un albañil que debe soportar cada día la mofa de sus compañeros de trabajo, incluyendo al propietario de la empresa y al jefe de obra, quienes parecen haber encontrado en su ligera tartamudez un motivo de escarnio y una excusa para la humillación continuada. ‘Bu bu buenos días’ suelen decirle por la mañanas protegidos en su pacto de agresión colectiva. J se siente dolido por esta experiencia, su sueño se ha perturbado, así como su atención y memoria. Se muestra hipervigilante e irascible, principalmente cuando las imágenes de denigración vuelven a su mente como un recuerdo insistente. Sabe que no puede actuar con violencia física ante los insultos y las vejaciones, pero también que las únicas alternativas son la baja laboral o el cambio de empresa.

“La Señora D es bióloga y la más antigua de su laboratorio, sin embargo cada día se ve sometida a un cambio de rutinas y tareas, cada cual más compleja y difícil. Adicionalmente, sus compañeras hablan mal de ella a sus espaldas y nunca toman el desayuno con ella ni el almuerzo ni la invitan a las cenas de trabajo, a pesar de que cuando están solas solicitan su ayuda apelando a su proverbial competencia profesional. Después de una baja laboral por ‘trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo’ (DSM-IV-TR), la situación de acoso se amplificó. Ya no tiene que lidiar exclusivamente con los cambios de rutina, sino también con su estigma de ‘loca’, a pesar de la inocuidad de su diagnóstico. En el último año, y como consecuencia de su traslado a otro centro de trabajo, su vida ha mejorado: ‘Me ha costado, pero ahora soy otra.

“El Señor L es un profesor universitario con un buen currículum docente e investigador. Desde hace varios años, coincidiendo con la competencia por una posición estable, ha sido objeto de intromisiones y difamaciones sobre su vida privada, obstaculización de su carrera

profesional, apropiación de su producción intelectual y calumnias malintencionadas que buscan su neutralización como potencial competidor, como que es un psicótico, un paranoico, un depresivo y una larga retahíla de diagnósticos improvisados. Es curioso que ni sus familiares ni sus amigos, entre los que se cuentan varios psiquiatras y psicólogos, estén de acuerdo con estos diagnósticos.

“Todas estas situaciones pueden considerarse paradigmas de un fenómeno conocido en la literatura psiquiátrica, psicológica, médica, organizacional y legal de nuestro tiempo como mobbing, bullying adulto, workplace harassment, abuso emocional, acoso moral, acoso psicológico en el trabajo, psicoterror laboral o presión laboral tendenciosa, que supone una clara vulneración de los derechos, la dignidad y la integridad física y psíquica de los trabajadores. En este texto vamos a utilizar los dos términos más comunes como sinónimos (mobbing y acoso psicológico en el trabajo-APT) sin entrar a analizar esta diversidad terminológica ya profusamente debatida.

“El fenómeno del mobbing no es nuevo. Su definición primera por Leymann se inspira en los estudios etológicos de Konrad Lorenz sobre el hostigamiento que puede practicar una manada o grupo de la misma o de diferentes especies a un único individuo de su misma especie o de otra. También guarda aires de familia con otros procesos sociales de denigración, violencia y hostilidad como el linchamiento, el bullying escolar, la violencia sexista, el racismo y la xenofobia, donde generalmente la violencia simbólica y psicológica precede a la potencial violencia física y donde la diferenciación antecede a la diferencia. No en vano, en todos estos fenómenos se produce una naturalización de la agresión como algo permisible entre un determinado grupo, así como un intento de deslegitimación de la

víctima. Es la actualización de la lógica del chivo expiatorio que puso en evidencia René Girard en sus ensayos históricos y antropológicos.

“Pero si el fenómeno del mobbing ya es antiguo, su tipificación legal es reciente. Concretamente se retrotrae al trabajo de Leymann como inspector laboral en Suecia en la década de los ochenta y a su regulación en este país en 1993. Desde entonces, diversos países (Francia, Holanda, Bélgica, España, entre otros) y estados (Québec, por ejemplo) han emprendido la adaptación de sus marcos jurídicos para paliar y penalizar este tipo de violencia, así como para proteger los derechos de los afectados. Este proceso ha provocado debates sobre la naturaleza jurídico-penal de este fenómeno y sobre sus problemas de definición y discriminación. Incluso en países como Suecia se ha procedido ya a evaluar el impacto de las políticas antimobbing, señalando sus éxitos y limitaciones. También ha dado pie a una abundante literatura en la psicología de las organizaciones y el *management*, por sus implicaciones en la caída de la productividad, la conflictividad en las empresas y las bajas laborales.

“Sin embargo, este desarrollo ha tenido poca trascendencia en el ámbito clínico, donde paradójicamente las demandas de atención de los síntomas asociados al mobbing cada vez son más frecuentes. Son escasas las investigaciones clínicas sobre APT, salvo algunas excepciones que posteriormente analizaremos, y este silencio no señala que exista un acuerdo o consenso con respecto a la atención de los afectados, sino discrepancias que se intentaban subrayar mediante las dos citas que abrían este artículo. Estas disensiones van más allá de la anécdota y permiten pensar en predisposiciones estructurales que pueden propiciar errores diagnósticos y malas prácticas.

“En sus trabajos pioneros, Leymann observó un riesgo frecuente de error diagnóstico entre los afectados por mobbing, que se ha convertido en una constatación recurrente entre los especialistas. Leymann y Piñuel, entre otros, han aludido al error de atribución que se produce en el entorno clínico, concretamente la confusión entre la hipervigilancia reactiva al acoso y la paranoia; error que transforma la primera en la segunda por una falta de competencia clínica, por una incorrecta evaluación de los casos o por ambas cosas a la vez. El afectado se ve en estas situaciones doblemente victimizado y estigmatizado: por la empresa y por los servicios de salud, con la posibilidad de que se produzca un fenómeno devastador de exclusión y un alto riesgo de suicidio. Ahora bien, ¿a qué se debe este error de diagnóstico que, sin duda, requiere de una aclaración y análisis? Este artículo aborda esta cuestión a partir de una revisión sistemática de la literatura.

Métodos

“Con el objetivo de explorar el diagnóstico diferencial entre patología paranoide y síntomas asociados al APT, se realizó una revisión sistemática (desde inicios de 1990 hasta junio de 2009) en PubMed a partir de categorías como mobbing o workplace harassment o bullying at work y delusional disorder, paranoid personality disorder, paranoia, diagnosis y posttraumatic stress disorder. Se establecieron los siguientes límites: adultos (+ 19 años, a fin de descartar el bullying escolar), humanos (para descartar los estudios etológicos en no-humanos) y artículos redactados en inglés, francés, portugués, italiano y español. Adicionalmente se realizó una revisión en SciELO y se procedió en forma de snowball (análisis acumulativo de red de citas) para llegar a fuentes no indexadas (libros,

capítulos de libro, informes, etc.), entre las cuales se procedió por saturación cualitativa: hasta la obtención de redundancia.

Resultados y discusión

“Con la metodología y los límites de búsqueda señalados se obtuvieron 207 referencias en PubMed para mobbing or workplace harassment or bullying at work, 28 en su relación con diagnosis, 1 con delusional disorder, 2 con paranoid personality disorder, 3 con paranoia y 12 con posttraumatic stress disorder. Asimismo se obtuvieron 14 referencias en SciELO, de las cuales se descartaron 2 por versar sobre especies animales. Mediante el sistema de snowball se obtuvieron 56 referencias destacadas. Los criterios para la selección e inclusión fueron el enfoque clínico, la pertinencia temática y su centralidad (número de citas). En total se revisaron 182 referencias y seleccionaron 65. Ninguna de las referencias indexadas tenía como tema central el diagnóstico diferencial entre patología paranoide y sintomatología asociada al mobbing, aunque sí se tratase de forma periférica. A continuación se revisan y discuten los contenidos más relevantes.

“El mobbing ha sido definido como la mayor amenaza actual para la salud de los trabajadores y se caracteriza como un tipo de violencia psicológica que es ejercida en el ámbito laboral de forma deliberada y continuada hacia un sujeto aislado, por parte de otro u otros de su mismo entorno que pueden tener una relación jerárquica en relación al acosado, simétrica o subordinada, aunque esta última sea más infrecuente. Leymann nos habla de una situación de indefensión que se convierte en estructural y de un encadenamiento del acoso que como mínimo se prolonga a lo largo de 6 meses con acciones hostiles frecuentes (al menos 1 vez por semana) que en la mayoría de los casos son ‘silenciosas’ o poco

explícitas. En su LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) distingue 45 tipos de acciones de hostigamiento. González de Rivera y Rodríguez Abuín han realizado una ampliación y actualización de este cuestionario que puede visualizarse en la tabla 1: el LIPT-60, aunque sin su escala tipo Likert que oscila entre 0 y 4. Otros cuestionarios y escalas conocidas son el Negative Acts Questionnaire (NAQ) y el Barómetro Cisneros.

“Si bien Leymann incluye la violencia física y situaciones de intimidación manifiestas, es consciente que la mayoría de las acciones se asocian con formas de violencia simbólica y psicológica sutiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya reiteración en el tiempo producen un efecto de estrés continuado y linchamiento moral. Los trabajos de Hirigoyen, Piñuel y la mayoría de autores refuerzan esta idea. En realidad, el APT, como el insulto moral que tan bien ha analizado Cardoso de Oliveira, suele mostrar una ‘apariencia de inmaterialidad’ y, por tanto, tiende a ser invisibilizado como una agresión que merezca una reparación. Esta ‘apariencia de inmaterialidad’ o invisibilidad ha sido analizada también en otros contextos, como en el bullying escolar y es uno de los subterfugios utilizados para el mantenimiento del APT, para sus intentos de justificación y para el error diagnóstico.

“En el APT no todo es hostigamiento explícito o implícito. También éste se entremezcla con acciones de encubrimiento como el paternalismo, que mientras disimulan la agresión pasada actúan como mecanismo de mistificación del hostigamiento futuro. No por azar, algunas de los afectados relatan que los hostigadores acompañan o alternan el proceso de denigración con expresiones del tipo: ‘Eres como un hijo/a para mí’ o ‘Con todo lo que yo he hecho por ti’; excusas que a la vez que introducen elementos de perversión en las

relaciones laborales, pues se arrogan vínculos inexistentes, disimulan el mobbing de cara a terceros o al propio afectado, quien falto de la información necesaria como consecuencia de su aislamiento en las redes informales (y a veces también formales) de información de su institución, actúa ante este tipo de situaciones con confusión e incluso autocrítica, adjudicándose una culpabilización que no le corresponde.

“La mayoría de los expertos apuntan que la finalidad fundamental del mobbing es la salida de la organización por parte del afectado, aunque existen razones para matizar esta generalización. Se produce una confusión recurrente entre la agresión y su finalidad que está vinculada a la prueba legal en los tribunales de justicia y que debe ser subrayada. Como en la mayoría de conductas violentas, los fines pueden ser diversos. El mobbing puede responder a objetivos vicarios al despido, como la neutralización del afectado, la posibilidad de su control y dominación, la anulación de su empleabilidad futura, el boicot a su reputación para impedir que se enrole en otra institución competidora, la obstaculización de su carrera profesional y su traslado a otras dependencias. Siguiendo a Kleinman, podemos decir que, como en el estigma, todo depende de lo que ‘esté en juego en un mundo moral local’. Por ejemplo, entre los funcionarios públicos, donde la dificultad objetiva del despido es bien conocida y a la vez las situaciones de APT son más frecuentes, suelen operar más las finalidades de denigración, neutralización, marginación, baja laboral o traslado del hostigado. De hecho, la mayor insistencia que se ha producido en el despido está asociada a que el campo de la empresa privada es, paradójicamente, donde la psicología de las organizaciones ha tenido un mayor desarrollo.

“El mobbing tiene su origen en el entorno laboral, pero muestra una prolongación más allá de él, como es la arena profesional y asociativa, por no hablar aquí de la familiar e interpersonal. En la medida que el objetivo del APT es la neutralización y denigración del afectado y que los colectivos profesionales están conformados por redes sociales, es lógico pensar que puedan verse envueltos en este proceso, redundando, o no, en la estigmatización y la exclusión. Lógicamente esto supera la competencia de la organización, pero no por ello debe obviarse a la hora de hacer un análisis holístico. Prueba de ello es que muchos hostigados no vuelven a tener un empleo una vez que lo han perdido por despido o por una baja laboral. Esta constatación puede asociarse en los casos más graves al deterioro físico y/o psicológico, pero también al hundimiento de su reputación en el campo profesional.

“El mobbing es un fenómeno que presenta diferentes fases e intensidades. Habitualmente se habla de diversas etapas que dibujan una dinámica *in crescendo*, aunque esta tipología debe entenderse como una orientación general, pues hay casos que pueden guardar características diferenciadas dependiendo de la toma de conciencia del fenómeno por parte del afectado (la verbalización del mobbing modifica el mobbing), del apoyo de las redes sociales y de la actitud de la organización, entre otros factores. En la tabla 2 se resumen dos de las tipologías más utilizadas junto con el estado clínico y los síntomas que García de la Rivera y López García-Silva han asociado con las diferentes fases.

“La epidemiología del mobbing presenta resultados contradictorios dependiendo de las escalas utilizadas para su medición y de los sectores laborales analizados. En una revisión de estudios realizados en Europa, Zapf et al. establecen que en su modalidad más severa afectaría entre el 1% y el 4% de los trabajadores y entre el 8% y el 10% en su tipología más

tenue. Según Di Martino, se podría hablar también de una diferencia de prevalencia según el carácter episódico o crónico del fenómeno: 10% y 5%, respectivamente. En España, los diferentes informes Cisneros permiten estimar que el problema afecta al 15% de los trabajadores en activo y, en su versión V, focalizada en los funcionarios públicos, apunta a una prevalencia de hasta el 25%. Los sectores profesionales más afectados son la administración pública, la educación y la sanidad.

“Si bien el mobbing no es una enfermedad, sino un comportamiento lesivo, sus efectos en la salud de los trabajadores son evidentes y en algunos casos han dado pie a confusiones diagnósticas que son objeto de esta revisión. Los síntomas y malestares más frecuentes suelen estar vinculados al estrés manifestado y a menudo articulado en el ciclo oscilatorio alerta-depresión-defensividad como el dolor de espalda y articular, los diversos síntomas psicosomáticos, el trastorno del sueño, la falta de concentración y atención, las alteraciones de la memoria, la ansiedad y la depresión reactivas, la fatiga crónica, la hipervigilancia reactiva, la irritabilidad y el aislamiento social, entre otros muchos.

“Estos síntomas son altamente inespecíficos y pueden formar parte de cualquier cuadro psicológico/psiquiátrico sin por ello suponer su categorización como trastorno. En su conjunto, y si la intensidad de la sintomatología altera el funcionamiento cotidiano del afectado, se pueden identificar como manifestaciones del llamado ‘trastorno de estrés por coacción continuada’ (prolonged duress stress disorder - PDSD), el cual adopta los mismos síntomas que el trastorno por estrés postraumático, aunque no se cumplan todos los criterios diagnósticos de esta última nosología (especialmente no se cumple el criterio A1 del DSM-IV-TR). Por otro lado, algunas estimaciones afirman que el mobbing aparece

estrechamente relacionado con otras enfermedades (dolencias coronarias, cáncer, hipertensión, trastornos digestivos, etc.), con comportamientos de riesgo (adicciones, accidentalidad viaria y laboral) y con el suicidio.

“Parece obvio, pero quizá necesario subrayar aquí, que no todos los afectados enferman ni tienen atributos de vulnerabilidad diferenciales, ya sea en términos físicos o psicológicos. El consenso de los expertos es que se trata de una conducta lesiva que puede afectar a cualquier trabajador y que, en la medida en que está orientada a minarlo psicológicamente, es lógico que acabe teniendo algún efecto, sobre todo si se prolonga en el tiempo. Podríamos establecer una gradación que se iniciaría en la normalidad, continuaría con la aparición de síntomas con entidad subclínica, cuya atención podría ubicarse (si seguimos la lógica del DSM-IV-TR) en ‘otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica’, concretamente ‘problema laboral’ y finalmente desembocaríamos en la aparición de trastornos y enfermedades francos que se asocian ya con la baja por enfermedad, entre las cuales estaría el trastorno adaptativo, la depresión mayor y el trastorno por estrés postraumático (sin el criterio A1).

“No debe descartarse que el APT pueda producir o desencadenar trastornos mentales graves, entre ellos el trastorno delirante (la anteriormente denominada paranoia), el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno bipolar (antes psicosis maniaco-depresiva). Éstos son los diagnósticos erróneos habituales según Leymann. También el APT puede conformarse como tema central de una ideación delirante, por lo que estaríamos ante un caso de falso mobbing. Incluso puede coexistir la existencia de un trastorno mental o de la personalidad y APT, debido a la consustancial estigmatización de los problemas de

salud mental. Estas posibilidades no son puestas en duda en la literatura sobre el mobbing ni deben ser descartadas. No obstante, hay evidencia robusta de que estos fenómenos son poco prevalentes y de que generalmente el uso de nosologías como trastorno delirante y trastorno paranoide de la personalidad responde a un error clínico de atribución que redundaría en el sufrimiento de los afectados. Veámoslo con mayor extensión:

“1) El trastorno delirante de tipo paranoide -que es el mayor objeto de error diagnóstico- muestra una incidencia muy baja en la población general (menos del 0,03%) según la APA (DSM-IVTR)⁶⁰, mientras que las estimaciones más bajas de APT indican una prevalencia de este fenómeno entre el 1% y el 4% de la población trabajadora en activo, así como de tasas que pueden acercarse al 25% en los sectores laborales más vulnerables. Es por ello que la asociación generalizada entre sintomatología asociada al mobbing y trastorno delirante no resulta consistente. Por otro lado, la víctima de mobbing no sufre una ideación persecutoria, sino que es objeto de violencia y acoso. Aquí está el error de atribución mayor que tiene que ver con la confusión clínica entre paranoia e hipervigilancia congruente y reactiva ante APT por aumento de la activación (arousal) (criterio D4 del trastorno por estrés postraumático en el DSM-IV-TR). La paranoia supone una ideación delirante que suele ser estructural a la personalidad, está basada en una alteración del contenido del pensamiento y puede reproducirse en otros contextos y esferas. La reacción de alerta ante el acoso constituye una respuesta congruente con el contexto, oscila con síntomas depresivos y conduce finalmente a una sintomatología propia del estrés continuado o del estrés postraumático. A veces también de depresión mayor o trastornos del espectro ansioso, si reúne criterios diagnósticos suficientes para una u otra entidad. Como es obvio, y teniendo en cuenta el modelo clínico de fases de la tabla 2 y las investigaciones

realizadas, sería muy improbable que el mismo paciente en su curso evolutivo transitase del trastorno delirante a la distimia/depresión y posteriormente al trastorno por estrés postraumático. Resulta más factible pensar en un error diagnóstico que transforma la hipervigilancia por aumento de la activación (arousal) ('Me denigran en el trabajo y no puedo sacármelo de la cabeza, ni dormir') en un síntoma paranoide (Cree que le denigran en el trabajo).

“2) Una segunda nosología frecuentemente confundida con las manifestaciones clínicas del mobbing, el trastorno paranoide de la personalidad, muestra una prevalencia mayor que el delirante en la población general (0,5%-2,5%) según la APA (DSM-IV-TR). La inconsistencia aquí -también aplicable al punto 1- es que no se corresponde con los perfiles psicológicos y psicopatológicos más habituales entre los afectados y/o denunciantes de APT. Diversas investigaciones apuntan que no existe un perfil específico entre las víctimas, pues las razones del mobbing son exógenas al individuo afectado o en todo caso relacionadas con factores positivos, como su éxito profesional y su eficacia laboral, que han constituido el objetivo a neutralizar por parte del acosador o acosadores, quienes, en todo caso, sería o serían los sujetos susceptibles de recibir atención psicológica/psiquiátrica. Otros estudios indican que pueden diferenciarse dos grupos: un primer grupo (en torno al 70%) que muestra características de normalidad y un segundo grupo con variedad de perfiles, fundamentalmente del espectro neurótico. Hay investigaciones que han administrado el MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) entre afectados y muestran perfiles de trastorno de la personalidad más altos en víctimas que entre la población general, principalmente en lo que respecta al espectro neurótico y la somatización, así como altos niveles de ansiedad social en las relaciones interpersonales,

entre otros rasgos, pero no suficientemente del perfil paranoide para establecer una asociación generalizada. Por ejemplo, en una investigación reciente González Trijueque y Delgado Marina compararon una muestra de 50 víctimas de APT con otra de trabajadores activos que actuaron como control. En ambos casos administraron el MMPI-2 y solo diagnosticaron un caso de trastorno paranoide de la personalidad entre las víctimas frente a 9 con el perfil obsesivo-compulsivo, 4 con el perfil dependiente, 2 con el fóbico-evitativo y 2 con el histriónico en el mismo grupo. En síntesis, de los resultados de las investigaciones se colige que la asociación generalizada entre mobbing y trastorno paranoide de la personalidad no resulta consistente.

“3) Rodríguez-Abuin y González de Rivera ofrecen una clave para entender el error de atribución que se produce en los entornos clínicos. Según estos autores, una parte considerable de los afectados por mobbing presentan ante el clínico rasgos que podrían ubicarse en el espectro ‘hostil-paranoide’, mientras que otros muestran un perfil ‘depresivo-ansioso’. Es preciso subrayar que los autores se refieren a rasgos no necesariamente patológicos. Siguiendo a estos autores, la cuestión es saber si el paranoidismo es reactivo a la experiencia traumática (paranógena) o estructural al paciente. En el primer caso, la existencia de paranoidismo no significa que el paciente sufra de un trastorno paranoide (trastorno delirante o trastorno paranoide de la personalidad), ya que su hipervigilancia está más contenida, es transitoria y reactiva, existe una necesidad de cercanía emocional y se apacigua ante el apoyo y comprensión de su historia; en palabras de los autores: ‘Tener síntomas o condiciones paranoides no implica ser paranoide o padecer un trastorno paranoide estructural’. En el segundo caso (el estructural), sí que estamos ante una entidad clínica con hipervigilancia generalizada, tendente a la cronicidad, que no muestra necesidad

de cercanía emocional y que es generalmente invariable al apoyo y a la comprensión. Según estos autores, la aplicación del Test de Rorschach permite discriminar entre estos dos cuadros.

“Probablemente sería útil acuñar otro concepto para definir el paranoidismo reactivo al acoso, pues se presta a confusión con la paranoia estructural, fundamentalmente en el mundo profano a la psicopatología. No obstante, la distinción en sí misma es apropiada porque diferencia estados que no deberían confundirse. En realidad, podríamos hablar de un continuum asociado con el nivel de paranoidización: ausencia de manifestaciones clínicas → hipervigilancia congruente y reactiva al mobbing (por el aumento del arousal) → paranoia estructural. Las dos primeras son frecuentes entre víctimas de APT. La tercera es residual. De hecho, en un ambiente de hostilidad, lo ‘anormal’ es no presentar síntomas/malestares reactivos a las experiencias vividas.

“El trastorno paranoide estructural es susceptible al entorno pero no dependiente de él, por eso no se modifica cuando el contexto es diferente. La hipervigilancia reactiva al mobbing en cambio sí. La toxicidad del ambiente laboral se hace palpable cuando el sujeto tiene disponibilidad de cambiar de empresa u organización, aunque sea solo por un cierto tiempo (excedencias, permisos, etc.), y tiende a olvidar la vivencia traumática, a eliminar su hipervigilancia y hostilidad, así como a arrinconar los síntomas de tipo depresivo y ansioso. Siempre, claro está, que su estado no haya alcanzado la fase traumática de la tabla 2.

“4) La víctima de mobbing se encuentra atrapada en el círculo vicioso de enfrentarse al acoso o aceptarlo. Esto explica la existencia de los dos grandes tipos ‘hostil-defensivo’ y

‘depresivo-ansioso’ que se observan en la práctica clínica y que, aunque no se indique con la suficiente rotundidad, generan oscilaciones en el mismo sujeto en diferentes momentos vitales como consecuencia de la naturaleza reactiva de estos estados. La indefensión es uno de los polos, la defensividad el otro. Entre ellos se dilucida la partida. En sus extremos se juega también el riesgo de transformar la manifestación en un trastorno mental franco. Pero el riesgo que las investigaciones hasta ahora nos presentan en el mobbing no es la paranoia, sino la depresión, la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático, que no por azar son entidades clínicas más prevalentes. Piénsese que la concordancia entre APT y síntomas de trastorno por estrés postraumático puede alcanzar el 92%; y lo que es más revelador: existe una asociación consistente entre la intensidad del acoso y el número e intensidad de los síntomas. La reacción defensiva hacia el mobbing es en el fondo la compensación que permite al afectado mantener un funcionamiento ‘normalizado’ (como era el previo a la situación de acoso) y no aceptar la indefensión. Es por ello que su diagnóstico erróneo produce un efecto extremadamente negativo que ancla a la víctima en una redundada indefensión, destruyendo su ‘sentido de coherencia’ e incrementando el riesgo de patología grave (depresión mayor, trastorno por estrés postraumático) y de suicidio.

“Por otro lado, el mobbing es un proceso largo y muchas veces discontinuo. Por ello es frecuente el error clínico de asociar la emergencia de sintomatología con factores ajenos al APT, así como el sesgo de interpretar los cambios en la autopercepción de la reputación profesional del hostigado como si fuesen fruto de sus conductas desafortunadas. Estos dos errores de apreciación clínica tienden a amplificar el problema del APT por redundar en el estigma y culpabilizar a la víctima.

“5) Otro elemento a tener en cuenta es la presentación del afectado en el entorno clínico y su estado de confusión, que puede conllevar la verbalización de que está siendo agredido y denigrado en el entorno laboral pero sin mostrar elementos de ‘materialidad’ o pruebas que ofrezcan consistencia a esta idea. Esta situación puede favorecer el error de juicio clínico de que se trata de ideas sobrevaloradas o incluso delirantes. Adicionalmente, en muchas ocasiones se produce una incompreensión en el propio ámbito familiar sobre la vivencia del mobbing, principalmente porque antes de la fase 1 las relaciones personales que han generado el conflicto podían ser neutras o incluso buenas. La pareja y los familiares pueden mostrarse poco empáticos con la experiencia de la víctima y sus efectos derivados: irritabilidad, perturbación del sueño, hipervigilancia, problemas de concentración y atención, rememoración constante de los eventos traumáticos, etc. y, por ignorancia o incredulidad, pueden pensar que el afectado/a es el causante de la situación o que todo es fruto de una alteración de su percepción. Como indica Piñuel, es frecuente en estos casos que el error de atribución se instale accidentalmente también en la pareja, familia y amigos con la extendida frase: ‘¡Estás paranoico!’.

En estas situaciones que no son infrecuentes, la posición más sencilla para el clínico es refrendar esta afirmación sin realizar una evaluación en profundidad, por ejemplo administrando escalas y tests proyectivos o haciendo una exploración clínica y contextual exhaustiva. No obstante, la mayoría de afectados mostrarán características contradictorias con el espectro paranoide, como la empatía, la duda, la aceptación de la crítica a sus supuestas ideas delirantes o la autoculpabilización. Por otro lado, en los casos en que la pareja confirma el APT puede producirse el error de atribución clínica de *folie à deux*. Como relata S, marido de B que estaba siendo acosada en su centro de trabajo: ‘Fuimos al médico a explicar lo que le ocurría a mi mujer y nos dijo que teníamos manía persecutoria.

“6) Las manifestaciones del mobbing se instalan en la polaridad depresivo-ansiosa y hostil-defensiva. Los riesgos de error diagnóstico que apuntaba tempranamente Leymann, indican una lectura exacerbada de estas manifestaciones: trastorno bipolar o ciclotimia cuando se percibe clínicamente la oscilación entre los dos perfiles y trastorno delirante o trastorno paranoide de la personalidad en el espectro hostil-defensivo. Probablemente necesitamos un marco conceptual más elaborado de los denominados trastornos adaptativos que permita incluir la presentación de ‘hipervigilancia congruente y reactiva por APT o por otro tipo de situaciones de violencia’ como una manifestación prevalente que, a su vez, cicla con un perfil depresivo-ansioso, también reactivo, y que se orienta hacia el trastorno por estrés postraumático.

“7) Cabe también resaltar que los errores, las comorbilidades y la estabilidad en el tiempo de un diagnóstico dependen en gran medida de la forma como están estructurados los criterios diagnósticos. Dado que las enfermedades psiquiátricas no tienen límites precisos y en su mayor parte son de etiología desconocida, las nosologías creadas presentan limitaciones para definir dónde empieza y termina un cuadro nosológico. Esto facilita que un mismo sujeto pueda ser diagnosticado de padecer enfermedades diferentes, según el momento de la valoración del cuadro clínico. La forma de disminuir el porcentaje de errores es considerar que el diagnóstico no puede limitarse a una valoración transversal, sino que debe ser susceptible de modificarse según el clínico vaya componiendo el *puzzle* del diagnóstico psiquiátrico.

“8) Generalmente la formación en APT entre los clínicos es muy deficiente, cuando no nula. A modo de ejemplo, podemos decir que en una investigación en curso que estamos realizando entre los profesionales en salud y salud mental de Barcelona (España), la mayoría de los sujetos entrevistados no habían leído nada sobre mobbing, ni en las revistas profesionales ni en los libros de divulgación, ni habían tenido acceso siquiera a información sobre su sintomatología asociada. Generalmente se vinculaba con obstáculos en el desarrollo del trabajo, pero no con los aspectos denigrantes asociados con los ataques a la dignidad personal, aunque estos últimos son los más frecuentes (100%). En muchos casos no se mostraba el menor interés por acceder a información a este respecto, que se identificaba con una ‘nueva’ o ‘falsa’ patología y no con una conducta lesiva, cuando no se banalizaba como una realidad sobredimensionada por los expertos y por las víctimas. En algunas situaciones se trataba como un fenómeno ubicuo que todo el mundo padece o puede padecer, pero que no por ello genera síntomas, y que en todo caso éstos se deben a una vulnerabilidad individual del afectado o a características de su personalidad de base. Tampoco se establecía una identificación entre la vivencia del mobbing y el trastorno por estrés postraumático, pues se entendía que mientras el segundo deviene de acontecimientos claramente traumáticos, el primero no. De esta forma, las amenazas asociadas con el APT (pérdida del trabajo, ruina de la carrera profesional, pérdida del sustento económico, denigración y desfiguración de la persona en la esfera pública, atribución de una enfermedad mental en el entorno laboral, etc.) no eran valoradas como merecedoras de atención como factores ‘realmente’ estresantes y traumatizantes. La inmensa mayoría parecía desconocer las investigaciones que apuntan que el efecto del estrés continuado tiene mayores implicaciones para la salud física y psicológica que las vivencias traumáticas de

etiología impersonal que, por otro lado, suelen despertar una mayor solidaridad y empatía sociales, probablemente también entre los profesionales.

“9) Otro factor a destacar es la presión que determinados entornos clínicos altamente burocratizados realizan con respecto a la ‘urgencia’ de establecer un diagnóstico y que facilitan la atribución de nosologías más consensuadas que categorías difusas como la de trastorno adaptativo o por estrés postraumático ante condiciones de mobbing. En estas situaciones, la urgencia de obtener un diagnóstico, junto a actitudes dogmáticas de escuela y de banalización del mobbing, puede obliterar la posibilidad de una exploración no prejuiciosa. Como consecuencia de un diagnóstico apresurado y equivocado, se desarrolla un plan terapéutico basado en un error que, en vez de dotar al paciente de estrategias de afrontamiento adecuadas ante APT, agravan su condición psicopatológica al interpretar clínicamente sus quejas como delirios.

“10) En última instancia queremos citar un sesgo que tiene que ver con el entorno clínico. A diferencia de la psicología de las organizaciones y de las ciencias sociales aplicadas, más orientadas a analizar conflictos interpersonales en las instituciones que patologías, las disciplinas clínicas adoptan una tendencia inversa. De ahí se deriva una dificultad estructural para contextualizar los comportamientos individuales y los padecimientos. Es sabido que los factores sociales, culturales y psicosociales no son analizados in extenso en estos ámbitos, a pesar de que el DSM-IV-TR y otros manuales al uso indiquen la necesidad de un conocimiento del contexto para discernir, por ejemplo, una idea congruente con una ideación delirante. De ello deviene una atomización e individualización del fenómeno del APT que se expresa muy bien en su transformación en

una especie de patología difusa, incongruente y por tanto más fácilmente confundible con la paranoia. Al obliterar el clínico la capacidad interpretativa y el conocimiento del contexto social, cobra sentido la afirmación de Leymann que abría este texto: ‘Muy frecuentemente la víctima es diagnosticada incorrectamente, ya sea porque el profesional no se cree su historia personal o porque no se molesta en analizar la dinámica social desencadenante.

Conclusiones

“En esta revisión se han apuntado algunas hipótesis exploratorias que requieren de ulteriores investigaciones. Las evidencias apuntan a la inconsistencia de la asociación generalizada entre los síntomas asociados al mobbing y el espectro paranoide como consecuencia de la confusión clínica entre la hipervigilancia reactiva y la paranoia estructural. También hay evidencia de que es posible distinguir ambos cuadros con técnicas proyectivas como el test de Rorschach y la exploración clínica en profundidad. Los afectados por mobbing tienden a ciclar entre las posiciones ‘depresivo-ansiosa’ y ‘hostil-defensiva’. Sus manifestaciones pueden ser subclínicas o clínicas. En estos últimos casos es relevante el diagnóstico diferencial entre el espectro paranoide y la hipervigilancia reactiva, también entre las víctimas de otras formas de violencia continuada. Como en otras situaciones clínicas son necesarias investigaciones mixtas (cuantitativas/cualitativas) y longitudinales para establecer criterios robustos de diagnóstico diferencial. También de comparaciones longitudinales entre víctimas de otras formas de violencia continuada y afectados por mobbing, así como investigaciones sobre posibles sesgos diagnósticos en ambos casos” (Martínez-Hernández & Medeiros-Ferreira, 2010, pp. 167-174).

“A menudo en el mobbing lo que primero llama la atención en el discurso del acosador es esa sensación de que hay algo que no sigue una lógica. Ahondar en esa percepción en lugar de apartarla de nuestra mente será el primer paso para aprender a detectar a un experto manipulador de la comunicación, como es el perverso organizacional. Es muy habitual que el acosador atribuya a la víctima actitudes de mala fe sin pruebas de ello. Una actitud abierta consiste en escuchar las intenciones que el acosador atribuye a la víctima, dado que nos darán los motivos íntimos del propio manipulador para acosar. No quiero extenderme demasiado en este punto, pero es sabido que el acosador atribuye o ‘acusa’ a la víctima de sus propias intenciones como si se tratara de un espejo y atribuye, a la víctima, sus propios errores y sus propios miedos.

“El mobbing no busca el daño por el daño, busca que este daño genere un resultado. El acosador usa el lenguaje para manipular y así conseguir sus fines. La manipulación del lenguaje se concreta en el uso de la incongruencia y de la contradicción, y esos dos elementos están siempre presentes en todo discurso manipulador.

“En conclusión, para romper el hechizo del manipulador a través de la comunicación, hemos de buscar en su discurso:

1- La falta de lógica o la lógica desconcertante, es decir, la incongruencia.

2- La contradicción, a través de:

a) Las Falacias, a saber los argumentos falsos, que incluyen insinuación y malos entendidos.

b) Los Errores, o sea la equivocación intencionada en el razonamiento.

“Ya tenemos las claves para detectar al acosador. Su propio lenguaje nos da esas claves y éstas nos permitirán, a partir de ahora, ser menos vulnerables a la manipulación de ese personaje experto en el uso de la comunicación paradójica. El conocimiento de estas claves nos da cierta inmunidad frente a la manipulación. Ser menos vulnerables a la manipulación nos permitirá diferenciar al acosador de la víctima y también nos será útil para distinguir entre el instigador del acoso y sus simpatizantes. Considero que es muy importante saber diferenciar al acosador principal de otras personas del entorno laboral próximas a la víctima y que han sido manipuladas por el acosador. Estas personas son las que transmiten y propagan la maledicencia sobre la víctima, pero no son manipuladores, al contrario, también son víctimas del manipulador, ya que han sido manipulados con la finalidad de ayudar al acosador a desembarazarse de la víctima a través de acrecentar el descrédito de la misma.

“La desacreditación de la víctima siempre proporcionará una ganancia para el instigador del acoso. El beneficio que el acosador adquirirá con el descrédito de la víctima no lo podría conseguir sin la utilización del hostigamiento. Es la adquisición fraudulenta, por parte del acosador, de este fin último (a través del hostigamiento) el que determinará si el mobbing ha sido o no beneficioso para el acosador.

“Una resolución positiva del mobbing dentro de la organización habrá de contemplar que el acosador no consiga el objeto deseado; en caso contrario, servirá como refuerzo de esta estrategia acosadora, con lo que es probable que el acosador vuelva a hacer uso de esa técnica que le ha sido tan provechosa para él, y con ello que se instaure el acoso como una

forma de operar habitual en el seno de la empresa, convirtiendo toda la organización en un contexto tóxico, o sea, en caldo de cultivo de otros futuros acosos” (Soliva, 2005).

“La ciencia antropológica a través de los ritos y los mitos nos ha proporcionado unas herramientas necesarias para poder llegar a conocer mejor el fenómeno del acoso moral en el trabajo, desde una óptica basada en el grupo de acoso y el entorno que consiente; y por tanto presentamos un abordaje diferente al habitual del tema del acoso moral que se centra en los perfiles de acosador y víctima. He querido demostrar cómo funciona y cómo se mantiene un grupo de acoso, dada la importancia del grupo de acoso en la perpetuación del hostigamiento laboral a un compañero.

“La utilización, en el acoso grupal, de mecanismos habituales de toda comunidad humana como son los ritos y rituales consolidan el ejercicio de la violencia, tanto hacia la persona designada como víctima (a través del acoso grupal), como hacia los mismos miembros adscritos (a través del control mental). Hemos podido demostrar que es a través de los ritos que se estructura el comportamiento del *gang* y su estrategia de acoso.

“También hemos podido analizar que la inclusión en el *gang* de acoso sigue los procesos rituales habituales en el ser humano para cualquier adscripción y pertenencia a un grupo, y ese uso de rituales ‘socialmente aceptados’ son los que legitiman a cada miembro del grupo, para sí mismo, el fin deshonesto del *gang* de acoso.

“El consentimiento del entorno organizacional al grave fenómeno del acoso moral, aún en aquellos casos en que la víctima está francamente lesionada, vienen explicados por la

existencia de una cultura empresarial dominada por los mitos. Somos de la opinión que es el propio sistema social con sus mitos y creencias sobre el poder, el que potencia que una persona se integre en un *gang* de acoso; y por tanto para rechazar las conductas violentas será necesario deshacer los estereotipos de poder que nos envuelven. Influyen también, en la sumisión a los dictados de un líder abusivo, la existencia de unos mitos sociales sobre los privilegios jerárquicos. Estos privilegios fomentan el sometimiento de otra persona, concretándose dicha sumisión en la aceptación social a apoderarse, por parte de la jerarquía, de derechos, criterios e identidad del trabajador; y ello facilita que el entorno laboral consienta el acoso a otro compañero e incluso que lo ‘justifique’ pues proviene de una posición jerárquica o figura con poder. Entendemos como figura con poder aquella que cuenta con mayor nivel de poder, ya sea por cargo (jerarquía) o por número (grupo).

“Concluimos en que en la lucha contra cualquier ejercicio de violencia psicológica, para que cuente con un mínimo de garantías, ha de incluir un análisis crítico de las actuaciones de la persona como ser social, y por tanto en su actuar dentro de un grupo. No olvidemos que enfrentarse a según qué tipo de violencia, por parte de una persona, muy a menudo va a consistir en aprender a resistir el vacío social.

“Quiero finalizar con unas palabras de González de Rivera (2002): ‘El acoso psicológico es un síndrome psicosocial complejo generado por la interacción de dinámicas creadas por el acosador, por la víctima y por el grupo psicosocial al que ambos pertenecen.

“Los tres factores son necesarios, pero ninguno de ellos, por sí solo es suficiente” (Parés Soliva, 2005, p.7).

3. Patrón de comportamiento Tipo A

3.1. El significado del trabajo en personas con patrón de conducta Tipo A

“El presente estudio tiene como principal objetivo comprobar si se da una variación interindividual en el significado del trabajo, dependiendo del patrón de conducta que manifiesten los sujetos. Para ello, se han evaluado el patrón de conducta tipo A (PCTA) y las cuatro variables básicas que configuran el significado del trabajo: centralidad, normas sociales, valores y metas del trabajo, en una muestra de jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 29 años. Los resultados obtenidos confirman gran parte de las hipótesis planteadas, poniendo de manifiesto que, a diferencia de los sujetos tipo B, los individuos con estilo de comportamiento tipo A se identifican más con el trabajo como obligación, valoran la posición-prestigio e ingresos que proporciona, y dan menos importancia a las relaciones interpersonales y al trabajo en sí mismo. Además, estos sujetos tienen como principales metas ascender, ganar un buen sueldo y tener un trabajo variado.

“The meaning of work in persons with type-a behavior pattern. The present study has as objective principal to prove if is given a variation in the meaning of the work depending on the behavior pattern that express the subjects. For this, they have been evaluated the type A behavior pattern (PCTA) and the four of the basic variables that configure the meaning of the work: work centrality, social procedures, values and goals of the work, in a youths sample with ages between 16 and 29 years. The obtained results confirm large part of the

outlined hypothesis. Thus, as opposed to the subject type B, the individuals with behavior style type A are identified more with the work as obligation, value the position - prestige and income that provides and give less importance to the interpersonal relationships and the in itself same work. Furthermore, these subjects have as principal goals to ascend, to earn a good salary and to have an assorted work.

“El trabajo es una realidad social que ha cambiado a lo largo de la historia y cuya importancia para la vida de las personas y para el desarrollo de las sociedades es incuestionable. Puede considerarse un referente muy importante, ante el cual los sujetos adoptan una postura incluso antes de que tengan que desempeñarlo (Peiró, 1993), cuyo significado se adquiere a través de las experiencias laborales reales y de la observación de modelos culturales. Como resultado de esos conocimientos, creencias y valores aprendidos, se configuran distintos significados del trabajo que van cambiando acordes al momento histórico en el que nos situemos, a los modelos culturales, y a las variables individuales, y que influyen en la manera de percibir y afrontar las experiencias laborales. No obstante, dentro de un mismo momento histórico, existen diferencias en la socialización laboral de los individuos dependiendo de la interacción entre variables situacionales (clase social, situación del mercado laboral, ciudad y región, redes de apoyo social...) y variables personales (estilo de comportamiento, habilidades y capacidades, valores y actitudes...). Si nos centramos en estas variables personales, el patrón de conducta puede ser determinante en la postura que el sujeto adopte ante el trabajo.

“El patrón de conducta tipo A (PCTA) es un constructo teórico que se utiliza para denominar a un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales, que se manifiestan sobre todo en situaciones desafiantes. Así pues, se trata de un concepto multidimensional constituido por componentes de distinta naturaleza como: componentes de forma de expresión (voz alta, habla rápida, gestos enfáticos y otros manierismos); actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia e implicación en el trabajo); aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición); conductas manifiestas (urgencia en el tiempo, velocidad e hiperactividad) y aspectos cognitivos (necesidad de control, estilo atribucional específico y criterios de evaluación ambiguos) (Friedman y Rosenman, 1974). A pesar de que este estilo de comportamiento pueda estar constituido por todos y cada uno de los factores descritos, es difícil que en un individuo se presenten todos juntos. En cuanto a las diferencias individuales, si consideramos que el PCTA es cuantificable y se puede medir, puede ser representado en un continuo con un polo tipo B y otro tipo A, a lo largo del cual se situarían las personas de acuerdo con el comportamiento que manifiestan.

El Patrón de conducta tipo A en el contexto laboral

“En relación a las consecuencias del PCTA para los sujetos que lo manifiestan, se sabe que algunos de sus componentes, por ejemplo los motivacionales, pueden tener repercusiones positivas para la vida laboral del individuo. Sin embargo, otros, como la hostilidad e impaciencia, pueden repercutir negativamente en su bienestar biopsicosocial. Así, diferentes investigaciones han puesto de manifiesto, por una parte, la relación positiva entre

la motivación de logro y el desempeño, y por otra, la relación entre la impaciencia-irritabilidad y los problemas de salud mental, como ansiedad y depresión (Barling y Boswell, 1995), y física como la elevada probabilidad de padecer trastornos coronarios (Dembroski et al. 1985; Bryant y Yarnold, 1991, Citados por García Martínez & Berrios Martos).

“El análisis del estilo de comportamiento tipo A ha sido abordado principalmente desde dos perspectivas: la psicofisiológica y la centrada en los factores ambientales y culturales vinculados a él. Dentro de esta última, se han realizado diversos estudios sobre las manifestaciones de los sujetos tipo A en el ámbito laboral, fundamentalmente por dos razones: la primera es la evidencia empírica, desprendida de los trabajos de numerosos autores, de que este patrón de comportamiento se manifiesta y refuerza con mayor frecuencia e intensidad en el entorno organizacional, ya que se trata de un entorno en el que las presiones de tiempo y la competitividad surgen con mucha frecuencia (Chesney, 1983). La segunda es que, teniendo en cuenta que su orientación psicológica hacia el trabajo se pone de manifiesto en la implicación laboral, la preocupación por el rendimiento, y su deseo competitivo de éxito y reconocimiento... se espera que estos individuos obtengan mayores logros reales (Glass, 1977). En esta misma línea, otros autores han vinculado una alta categoría profesional al PCTA, así, Byrne y Reinhart (1995), relacionan la conducta tipo A con determinados perfiles profesionales, concretamente, los de mayor responsabilidad y estatus más alto.

“Otro de los factores estudiados en relación con el PCTA, ha sido el estrés laboral. Así, entre otros, Kivimaki, Kalimo y Julkunen (1996) han examinado la influencia de la

ambición-energía y la impaciencia-irritabilidad, componentes del comportamiento tipo A, en el estrés-tensión en el trabajo. De sus conclusiones cabe destacar que el factor impaciencia-irritabilidad afecta al estrés incrementando el número de síntomas psicológicos y fisiológicos independientemente de los estresores percibidos. Sin embargo, la ambición-energía es activada cuando se cree que existen muchas posibilidades de desarrollo de carrera, de forma que se produce una disminución de los niveles de síntomas psicológicos y fisiológicos percibidos.

“En resumen, el PCTA ha suscitado numerosas investigaciones en el entorno organizacional, de las cuales solo se han mencionado algunas de las más recientes. Estos estudios parten de la conceptualización del sujeto como agente activo en su proceso de socialización laboral, y han tenido como principal objetivo analizar cómo las características personales (entre las que destaca el estilo de personalidad tipo A), influyen en el rendimiento en el trabajo.

El estudio del significado del trabajo desde una perspectiva psicosocial

“Por ser una realidad social construida, el trabajo ha de ser estudiado desde una perspectiva psicosocial que permita considerarlo como un fenómeno insertado en un marco cultural que, a su vez, influye y condiciona la vida humana y las conductas de las personas (Peiró, Prieto y Roe, 1996, Citados por García Martínez & Berrios Martos).

“El significado psicológico del trabajo es un constructo multidimensional compuesto por cinco factores interdependientes: centralidad del trabajo, normas sociales sobre el trabajo, valoración de los resultados del trabajo, metas laborales e identificación con el rol de trabajo. El grupo Meaning of Working (MOW), que ha realizado el estudio más extenso e importante sobre el significado del trabajo que existe hasta la fecha, señala que las dimensiones que más información aportan son las cuatro primeras, de manera que nos centraremos en ellas:

“1. La centralidad del trabajo: se han identificado dos componentes teóricos. El primero, implica la creencia del trabajo como un rol de vida, y se refiere a la centralidad del trabajo en la identidad personal. Es un valor general hacia el ‘trabajar’ en términos absolutos, no al trabajo específico que se realiza; es la centralidad del *Work* más que del *Job*. El segundo componente, implica una decisión sobre esferas preferidas de la vida, es más situacional, y según Kanungo (1991) sería la centralidad de la actividad laboral en el momento presente de la vida, y en relación a otras actividades o aspectos también importantes como la familia, tiempo libre, los amigos.

“2. Las normas sociales sobre el trabajo: son creencias de las que la gente parte cuando realiza evaluaciones normativas sobre el trabajo y reflejan valores culturales. Existen dos dimensiones respecto a los principios normativos: la orientación normativa hacia el trabajo como obligación y la orientación normativa hacia el trabajo como derecho.

“La primera hace referencia a las obligaciones o deberes del individuo hacia sus empleadores y hacia la sociedad, contiene un elemento de ‘deber’, en base al cual la

persona ‘debe’ contribuir a la sociedad a través de su trabajo y ‘debe’ velar por su seguridad futura. Este constructo se ha asociado con la ‘ética protestante del trabajo’ (Lagrou, de Witte y Van Rensbergen, 1984) ya que en ésta, el trabajo es visto como una obligación social más que como una elección personal. Por otra parte, la orientación normativa hacia el trabajo como derecho, hace referencia a las declaraciones acerca de los derechos individuales que subyacen al trabajo, y a las responsabilidades de las organizaciones laborales y de la sociedad en general, con respecto a las personas.

“3. Los valores laborales o resultados valorados del trabajo, cabe señalar que tradicionalmente han sido considerados como motivadores de la conducta humana (Salanova y otros, 1993) y se definen como un conjunto de resultados que la persona busca del ‘trabajar’ junto a la importancia relativa dada a los mismos.

“4. Las metas laborales están relacionadas con los valores laborales, pero son conceptos diferentes claramente delimitados. Las primeras hacen referencia a lo que los sujetos prefieren encontrar en su trabajo, y los valores identifican la razones básicas de por qué la gente trabaja.

“Como puede verse, el significado del trabajo es un concepto complejo y dinámico determinado por los cambios y experiencias del individuo y por su contexto social, que se desarrolla a través de un complejo y múltiple proceso de socialización para responder a la pregunta: ¿por qué trabajamos? Esta cuestión ha sido abordada por el equipo MOW (1981, 1987) y por autores como, Andriessen (1991) y Drenth (1991), entre otros, cuyos estudios han sido realizados desde una perspectiva interaccionista, de forma que para explicar los

comportamientos de las personas ante la realidad laboral, consideran que tanto las características situacionales como las personales inciden en el sentido y el valor que el trabajo tiene para el individuo. Muchos de los resultados obtenidos apoyan estos postulados, ya que han encontrado diferencias en el significado del trabajo entre naciones, grupos ocupacionales, niveles educativos, la edad y el sexo de los sujetos.

“Sin embargo, desde la perspectiva interaccionista, son muy escasos los estudios que abordan las diferencias en este constructo en función de características individuales como el estilo de personalidad del sujeto y llegan a resultados concluyentes. Por este motivo, el presente estudio tiene como principal objetivo comprobar si para los sujetos con PCTA el trabajo tiene un significado distinto al que tiene para los sujetos con PCTB.

Significado del trabajo y estilo de personalidad: hipótesis del estudio

“Como se ha puesto de manifiesto, el componente motivacional del PCTA es diferente al del PCTB. En el primer caso, se orienta hacia la consecución de objetivos ambiciosos que conducen al éxito, y en el segundo, hacia la satisfacción de necesidades sin la excesiva preocupación por el logro de metas exigentes. Sobre la base de este planteamiento, estas diferencias pueden concretarse como sigue: los sujetos con PCTA van a estar preocupados y motivados por un desarrollo ascendente de su carrera que les proporcione éxito y reconocimiento social. Por lo tanto, considerarán al trabajo como una actividad central en sus vidas ya que, a través del mismo, podrán ver cumplidas todas sus aspiraciones y ambiciones. Sin embargo, los sujetos tipo B estarán preocupados por aspectos más

humanos del trabajo, se interesarán más por las relaciones interpersonales y por unas buenas condiciones de trabajo. La actividad laboral no será tan importante para ellos porque se sienten menos presionados por las cosas y menos preocupados por los retos. Concretamente, teniendo en cuenta las dimensiones que configuran el significado del trabajo, se han planteado las siguientes hipótesis en relación a cada una de ellas:

“1. Centralidad del trabajo: se espera que el trabajo sea más importante para los tipo A que para los tipo B, tanto en términos absolutos (importancia del trabajo en el conjunto de la vida), como relativos (comparándolo con otras áreas importantes de la vida).

“2. Normas sociales sobre el trabajo: los sujetos con PCTA estarán orientados en mayor medida que los tipo B hacia la creencia de que el trabajo es una obligación, y más de acuerdo con los planteamientos que subyacen a la ética protestante del trabajo.

“3. Valoración de los resultados del trabajo: los individuos tipo A valorarán el trabajo más que los tipo B en términos de posición/prestigio e ingresos, mientras que estos últimos lo valorarán más en términos de relaciones con otras personas.

“4. Metas laborales: los sujetos tipo A tendrán como meta fundamental ascender en su carrera y tener un buen sueldo, por tanto, se prevé una relación positiva entre el PCTA y estas variables. Los tipo B aspirarán más que los tipo A a tener un trabajo cuyas condiciones físicas y relaciones interpersonales sean satisfactorias.

Metodología

Sujetos

“Para realizar la investigación, se ha trabajado con una muestra compuesta por 248 sujetos de los cuales 110 son hombres y 138 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 29 años. De esta muestra, 55 eran alumnos de tercer curso de Universidad de las licenciaturas

de Económicas y Empresariales y Filosofía y Letras, 75 de FP, 63 de COU, 27 licenciados universitarios que acababan de terminar distintas carreras, y 28 jóvenes inscritos en alguna de las Oficinas de Empleo de Granada que se encontraban realizando un curso organizado por el INEM.

Variables

“Patrón de conducta tipo A: para evaluar el PCTA, se ha utilizado el Jenkins Activity Survey en su versión para estudiantes (JASE) (Krantz, Glass and Snyder, 1974). En la adaptación al castellano de Bermúdez y otros (1991) presenta un índice de fiabilidad de .88 y un coeficiente alfa de .87, y está constituido por 27 ítems, cada uno de los cuales contiene un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos. El sujeto debe elegir el valor que indique el grado en el que el contenido del ítem le es aplicable. Así, el valor uno significa que el contenido del ítem no le es nada aplicable, y el seis que le es totalmente aplicable.

“Centralidad del trabajo: la evaluación de esta variable se ha realizado mediante la traducción y adaptación que el Equipo de Investigación ‘Patrones de Transición de la Escuela al Trabajo’ (TETRA) (García, 1995) hizo del cuestionario ‘Work Centrality’ del MOW (1987, pp. 332-333). En el cuestionario se utilizan dos procedimientos de medida. Con uno de ellos se mide la centralidad absoluta, para ello se pregunta ¿cuál es la importancia y significación que el trabajo tiene en el conjunto de tu vida?; la respuesta ha de realizarse a través de una escala tipo Likert de 7 puntos. Con el otro, se mide la centralidad relativa, para lo que se plantean 5 ítems que deben ser valorados distribuyendo 100 puntos de forma ponderada, según el grado de acuerdo con cada uno de ellos.

“Normas sociales sobre el trabajo: la medida de las normas sociales sobre el trabajo se ha realizado mediante la traducción y adaptación del Grupo TETRA del ‘Societal Norms About Work’ del MOW (1987, pp. 346-347). En este cuestionario, la dimensión del trabajo como derecho está configurada por los ítems 1, 3, 5, 7 y 9, y la dimensión del trabajo como obligación o deber, queda recogida en los ítems 2, 4, 6, 8, y 10.

“La valoración de cada uno de ellos se realiza a través de una escala tipo Likert de 5 puntos. Debido a que la ‘orientación normativa del trabajo como deber’ ha sido vinculada a la ‘ética protestante del trabajo’, también se ha evaluado esta última variable a través de la traducción y adaptación del cuestionario de Ética Protestante de Blood (1969) que consta de 8 ítems, cada uno de los cuales es valorado a través de una escala tipo Likert de 5 puntos. Valores laborales: han sido evaluados a partir de la traducción y adaptación del Grupo TETRA del ‘Valued Working Outcomes’ del MOW (1987, p. 332), que está constituido por 6 cuestiones que los sujetos han de valorar distribuyendo 100 puntos de forma ponderada en función del grado, de acuerdo con cada uno de ellas.

“Metas laborales: esta variable se ha medido a partir de la adaptación de García, Padilla y Zarco (1993) del ‘Works Goals’ del MOW (1987, p. 333), que está constituido por 11 cuestiones con una escala tipo Likert de 5 puntos para cada una de ellas.

Diseño y procedimiento

“Tal como se ha dicho con anterioridad, el patrón de conducta puede representarse como un continuo con dos polos, uno tipo A y otro tipo B. A lo largo de este continuo se situarían las personas según el comportamiento que hayan manifestado.

“Sobre esta base, para poner a prueba las dos primeras hipótesis con el fin de trabajar con los individuos con estilos más definidos de personalidad, TIPO A o TIPO B, se seleccionaron únicamente aquellos que habían obtenido puntuaciones extremas en el JASE.

“El procedimiento seguido fue el siguiente: en el primer grupo (PCTA) solo se incluyeron los sujetos cuya puntuación en el JASE se situó por encima del percentil 75 de la distribución obtenida ($n=60$). De forma similar, el grupo segundo (PCTB) quedó formado por los sujetos que, en el citado cuestionario, habían obtenido puntuaciones inferiores a la correspondiente al percentil 25 de la distribución ($n= 62$).

“Para poner a prueba las hipótesis 3 y 4 se han incluido todos los sujetos de la muestra con el fin de ver el grado de covariación entre los valores de las variables incluidas en estas hipótesis, cuya significación estadística se determinó utilizando el estadístico de Magnusson, a un nivel de confianza del 95%.

Resultados

“En relación a la centralidad del trabajo (hipótesis 1), como puede observarse en la tabla 1, no aparecen diferencias estadísticamente significativas ni en la importancia otorgada al ‘trabajar’ en términos absolutos, ni en la importancia otorgada al trabajo comparándolo con otras esferas de la vida como la familia, el tiempo libre, la religión, los amigos... (centralidad relativa).

<p><i>Tabla 1</i></p> <p>Diferencia de medias en centralidad del trabajo según el patrón de conducta</p>			
Centralidad del trabajo	PCTA	PCTB	Probabilidad
Importancia del trabajo en el conjunto de tu vida	5.283	5.112	0.368
Importancia del tiempo libre	30.033	25.838	0.088
Importancia de la comunidad	6.950	6.854	0.916
Importancia del trabajo	23.500	26.241	0.150
Importancia de la familia	33.316	32.693	0.769
Importancia de la religión	6.833	8.858	0.208

“En cuanto a los resultados obtenidos en las normas sociales, cuando se ha analizado cada uno de los ítems del cuestionario, no aparecen diferencias significativas entre sujetos con distinto patrón de conducta. Ahora bien, cuando los agrupamos en los dos factores que se miden: trabajo entendido como derecho y trabajo entendido como obligación, observamos que no hay diferencias significativas entre los sujetos tipo A y los tipo B en cuanto al trabajo como derecho.

“Sin embargo, tal y como se planteaba en la hipótesis 2, los individuos con PCTA creen en mayor medida que los tipo B, que el trabajo es una obligación ($p \leq 0.02$), con lo cual, se cumplen las predicciones realizadas (véase tabla 2). Además, aparecen diferencias significativas en la ética protestante del trabajo ($p \leq 0.04$), siendo los individuos tipo A los que más se identifican con ella, de forma que, como se preveía, los individuos que más se identifican con el trabajo como obligación, también lo hacen con la ética protestante del trabajo.

<p><i>Tabla 2</i></p> <p>Diferencia de medias en las normas sociales sobre el trabajo según el patrón de conducta</p>			
Normas sociales sobre el trabajo	PCTA	PCTB	Probabilidad
Factor 1: Trabajo como derecho	22.532	22.343	0.633
Factor 2: Trabajo como obligación	17.806	16.562	0.022

“En relación a la valoración de los resultados del trabajo, se observa una correlación positiva entre el PCTA y dos de los valores laborales medidos. De manera que a mayor puntuación en el estilo de comportamiento tipo A, más valoración de la posición-prestigio y los ingresos que el trabajo proporciona. Por otra parte, aparece una correlación negativa entre este patrón de conducta y la valoración del trabajo en términos de relaciones interpersonales. Por tanto, son los sujetos que menos puntúan en el JASE (los más tipo B) los que valoran en mayor medida las relaciones con los compañeros de trabajo. Así pues, podemos decir que se confirma la hipótesis planteada para esta variable (tabla 3).

“Sobre las metas laborales, los resultados vuelven a confirmar las hipótesis establecidas para los sujetos tipo A, pero no para los tipo B. Así, de acuerdo con las previsiones, las posibilidades de ascenso y de ganar un buen sueldo, son aspectos que correlacionan positivamente con el PCTA. Respecto a la segunda hipótesis para esta variable, no se cumplen las predicciones, ya que no obtenemos que las preferencias de tener un trabajo con buenas relaciones con los compañeros, jefes... y buenas condiciones ambientales sean aspectos prioritarios para los sujetos tipo B. No obstante, se pone de manifiesto una relación positiva entre el PCTA y poder tener un trabajo variado, lo cual es un dato muy

interesante debido a las implicaciones que puede tener de cara a la selección de personal, cuyo objetivo es conseguir el ajuste persona-puesto (tabla 4).

<p><i>Tabla 3</i> Coeficientes de correlación de Pearson entre PCTA y valores laborales</p>	
Valoración de los resultados del trabajo	PCTA
Posición y prestigio	0.253*
Proporciona ingresos que la gente necesita	0.132*
Te mantiene ocupado	-0.071
Permite relaciones sociales interesantes	-0.167*
Trabajar es una manera de ser útil a la sociedad	-0.068
El trabajo en sí es interesante y satisfactorio	-0.128*

<p><i>Tabla 4</i> Coeficientes de correlación de Pearson entre PCTA y metas laborales</p>	
Metas laborales	PCTA
Oportunidades para aprender cosas nuevas	0.028
Buenas relaciones con los compañeros, jefes...	-0.084
Posibilidades de ascenso	0.258*
Horario de trabajo adecuado	0.103
Un trabajo variado	0.120*
Un trabajo interesante	0.048
Seguridad en el puesto de trabajo	-0.005
Que los requisitos del trabajo y tu capacidad coincidan	0.097
Buen sueldo	0.173*
Buenas condiciones ambientales (temperatura, ruido...)	-0.053
Independencia en el trabajo	-0.018

Discusión

“Los resultados obtenidos confirman que ciertas características (sobre todo las motivacionales) del PCTA, se relacionan de alguna manera con el significado que adquiere el trabajo para los sujetos que lo manifiestan, que a su vez, es distinto al significado que

tiene para los sujetos tipo B. No obstante, estas diferencias no se manifiestan en todas las dimensiones del significado del trabajo.

“Así, tanto los sujetos tipo A como los tipo B hacen una valoración muy similar del trabajo, considerándolo un aspecto central en sus vidas. A pesar de que, como luego veremos, los individuos con PCTA tengan metas laborales distintas a las de los tipo B, cabe interpretar que estos resultados no son inconsistentes si se tiene en cuenta que, independientemente de los fines que cada grupo pretenda conseguir mediante el trabajo, para poder lograrlos, lo fundamental es tener un empleo que cubra las necesidades y expectativas del trabajador, sobre todo en momentos como el actual en los que el trabajo es visto como un bien escaso, dadas las altas tasas de desempleo. A pesar de ello, no pueden establecerse conclusiones definitivas ya que, aunque la centralidad del trabajo se ha estudiado en relación a distintas variables, son muy escasas las investigaciones que lo relacionan con el estilo de personalidad del sujeto.

“Respecto a las normas sociales sobre el trabajo, se observa que los sujetos con PCTA están más orientados a la creencia normativa del trabajo como obligación y se identifican más con la ética protestante del trabajo que los tipo B. En este sentido, parece que los sujetos con este patrón de conducta valoran a las personas en función del trabajo que realizan, insistiendo así en la necesidad de trabajar y no malgastar el tiempo en otras actividades, ya que todo ciudadano debe contribuir a la sociedad a través de su trabajo y debe velar por su seguridad futura. Estos resultados coinciden con los de autores como Furnham (1984) y Mudrack (1993), quienes ya habían señalado una relación positiva entre el estilo de comportamiento tipo A y la ética del trabajo de la ideología protestante.

“Por otra parte, las personas tipo A valoran más que las tipo B la posición/prestigio y los ingresos que proporciona el trabajo, lo que puede explicarse por el elevado deseo competitivo de logro y el reconocimiento y la tendencia a medir el éxito, a través de la cantidad de beneficios obtenidos, que caracteriza al PCTA. Otro de los resultados obtenidos en la escala de valoración de los resultados del trabajo, pone de manifiesto que los individuos tipo B valoran más las relaciones interpersonales en el ámbito laboral.

“Esto era de esperar, ya que, por un lado, sabemos que la conducta tipo A está relacionada con largas horas de trabajo y relaciones insostenibles con los compañeros (Sorensen et al. 1987) y que estos sujetos, debido a su necesidad de control, tienen especial dificultad para delegar funciones, prefiriendo trabajar solos con mucha más frecuencia que los tipo B (Strube y Werner, 1985). Así pues, como señalan De Gregorio y Carver (1980), el PCTA es mucho menos funcional en el campo de las relaciones sociales que el PCTB. Por otro lado, según Thomas (1986) los sujetos tipo B se sienten menos presionados por las cosas, de forma que no experimentan urgencia temporal para conseguir sus objetivos, esto les lleva a disfrutar más de aspectos extralaborales como las relaciones con sus amigos, compañeros de trabajo, familiares.

“En cuanto a las metas en el trabajo, los individuos con estilo de personalidad tipo A tienen aspiraciones de ascenso y consideran que es muy importante ganar un buen sueldo. Al igual que en el caso de los valores laborales, estos resultados podrían ser explicados por la elevada motivación de logro, la necesidad de reto y la tendencia a medir el éxito por la cantidad de beneficios obtenidos que tienen los sujetos tipo A. Además, estos individuos

tienden a dar importancia al hecho de tener un trabajo variado, lo que podría entenderse como una confirmación de los planteamientos del modelo de Ivan Cevich y Matteson (1984) que postula la importancia del ajuste persona-entorno, de forma que, un ambiente congruente con la personalidad tipo A sería aquel que fuera controlable para el sujeto, notablemente competitivo y poco rutinario.

“Por el contrario, el ambiente de trabajo óptimo para los sujetos tipo B sería aquel que proporcionara una rutina confortable, con un ritmo y desafío moderado. Todo esto apoya la teoría de que los individuos prefieren situaciones que sean consistentes con sus características de personalidad. Respecto a las metas de los sujetos tipo B, cabe comentar que aunque dichos individuos valoran más que los tipo A las relaciones con otras personas en su trabajo, esto no constituye una de sus preferencias fundamentales.

“Por último, a pesar de que, como se ha dicho, son pocos los estudios realizados sobre la influencia del patrón de conducta en el proceso de socialización laboral, basándonos en los datos de ésta y otras investigaciones, en cuanto a las repercusiones que estos estilos de comportamiento pueden tener en el entorno laboral, puede señalarse lo siguiente: si las metas organizacionales se consiguen gracias a las habilidades y energías de los individuos, y éstos, a su vez, cubren sus necesidades y objetivos gracias a los recursos organizacionales (Porter, Lawler y Hackman, 1975), según los resultados obtenidos, se puede pensar que, teniendo en cuenta el significado del trabajo en los sujetos tipo A, éstos pueden aportar al contexto laboral una serie de actitudes cuyas repercusiones en el desempeño serían positivas y deseables para la organización y para el individuo. No obstante, si las características que lo definen se presentan en grado extremo, o prevalecen los componentes

relacionados con los problemas de salud, aumentará la probabilidad de que el sujeto experimente incrementos en los niveles de estrés, trastornos coronarios y otros efectos nocivos para el bienestar biopsicosocial con las consiguientes repercusiones negativas en la organización” (García Martínez & Berrios Martos, 1999, pp.357-366).

“Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México.

“Psychosocial work factors associated to blood pressure and cardiovascular symptoms among Mexican nurses” (Arturo Juárez-García, 2007, pp.109-117).

“Unidad de Investigación y Servicios Psicológicos (UNISEP), Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Cuernavaca, Morelos, México.

Resumen

“Objetivo: determinar si la tensión laboral según el modelo de Karasek y la inseguridad en el empleo se asocian significativamente con indicadores cardiovasculares, tales como la tensión arterial (TA) y los síntomas cardiovasculares (SC), considerando factores tradicionales de riesgo cardiovascular (edad, índice de masa corporal, consumo de tabaco y alcohol, entre otros).

“Material y métodos: en una muestra de 109 enfermeras de un hospital del sector público de la Ciudad de México durante el mes de julio del 2004, se aplicó el Cuestionario del

Contenido de Trabajo (JCQ), otro de Síntomas Cardiovasculares y se utilizó un monitor digital para medir la TA mediante un protocolo de puntos estimados en el puesto de trabajo.

“Resultados: existe una relación estadísticamente significativa entre tales variables (b entre .20 y .24), aun considerando factores tradicionales de riesgo cardiovascular.

“Conclusiones: la relación entre TA y el modelo de tensión laboral es válida en la población mexicana y destaca la asociación de la inseguridad en el empleo con indicadores cardiovasculares, lo que hace trascendente su importancia en el contexto laboral mexicano. Se sugieren futuros estudios y un trabajo de prevención y vigilancia permanente de estos factores en los campos de la salud ocupacional, así como en la salud pública en términos de su rol en la epidemiología cardiovascular.

“Palabras clave: factores psicosociales del trabajo; estrés laboral; salud cardiovascular; México.

Abstract

“Objective: to determine if job stress, according with Karasek's model, and job insecurity are significantly associated with cardiovascular indicators such as blood pressure (BP) and cardiovascular symptoms (CS), considering traditional risk factors for cardiovascular disease (age, body mass index, smoking, alcohol consumption, among others).

“Material and methods: a job content questionnaire (JCQ) and one for cardiovascular symptoms were administered to a sample of 109 nurses from a public hospital in Mexico

City during July 2004. A digital monitor was utilized to measure BP at the workplace using a point estimates protocol.

“Results: a significant association among these variables was found (b between .20 and .24), even when traditional cardiovascular risk factors were considered.

“Conclusions: the relation between job stress and BP is significant in the Mexican population and highlights the association between job insecurity and cardiovascular indicators, indicating its importance in the Mexican work context. Future studies are suggested, as well as the prevention and surveillance of these factors in occupational and public health fields in terms of their role in cardiovascular epidemiology.

“Keywords: psychosocial factors at work; job stress; cardiovascular Health; Mexico.

“Un objetivo central que tiene la salud ocupacional es prevenir de manera adecuada las enfermedades o accidentes que se pueden generar en y por el trabajo, todo ello con base en las disciplinas de la seguridad e higiene industrial y bajo el paradigma clásico de la relación de exposición/riesgo y sus efectos en la salud. Sin embargo, dentro de este paradigma se identifica claramente un ‘doble punto ciego’: por un lado, se centra en la evaluación de factores de exposición o riesgo tradicionales como son los factores físicos, químicos o biológicos y soslaya enormemente a los factores psicosociales; por otro lado, como efectos en la salud se centra en las llamadas ‘enfermedades profesionales’ y omite otros indicadores de salud, tales como los desórdenes cardiovasculares y circulatorios, los cuales

son de alta relevancia en términos de su tendencia actual, pues ocupan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en diversos países, incluyendo el nuestro.

“A este respecto recientemente se informa que la tasa de mortalidad en México por enfermedad cardiovascular es de las más altas con 16.4%; y en lo tocante al perfil de morbilidad, se muestra una prevalencia de hipertensión hasta de 30% en población mexicana, ubicándose así en el primer lugar como principal motivo de consulta externa en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además se calcula una inversión anual por esta enfermedad hasta de 51% del presupuesto total destinado a la salud y 2.62% del PIB en su escenario extremo a nivel nacional.

“No obstante, todos estos datos han sido insuficientes para llamar la atención de este tema como área de oportunidad para la salud ocupacional o la higiene industrial, pues la enfermedad cardiovascular se percibe como un problema circunscrito a elementos extra-laborales, la cual (aparentemente) no afecta de forma directa a los intereses de productividad organizacional y por tanto, se cataloga como una responsabilidad ajena, que normalmente se relega a las ‘autoridades de la salud pública.

“Definitivamente la incumbencia de la salud ocupacional en este tema no solo es de gran importancia, sino que es además no delegable y para ello bastan tres argumentos básicos que van más allá del ejercicio mayormente administrativo y de las cuestiones legales y conceptuales de las llamadas ‘enfermedades profesionales’: el primero es que ello implicaría el cumplimiento auténtico de la misión de la disciplina de salud ocupacional, es decir, de la búsqueda integral de la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores,

y superar así el enfoque curativo (que busca solo la ausencia de enfermedad); el segundo es que debe entenderse el círculo vicioso que implica las cargas económicas del estado por enfermedades de la población que significan mayores cuotas obrero-patronales y éstas, a su vez, en metas de producción que se convierten en exigencias estresantes que enferman a la fuerza productiva; y el tercero, es que existe un creciente cuerpo de evidencias que relaciona ciertas características del trabajo con las enfermedades cardiovasculares, que como consecuencias derivadas del trabajo son dignas de convertirse entonces en una enfermedad ‘producida en o con motivo del trabajo.

“Esta relación entre las enfermedades cardiovasculares y ciertas condiciones del trabajo (particularmente los factores psicosociales) es interpretable desde los cambios, el desarrollo y la evolución simultánea de ambos fenómenos en su contexto social: la revolución industrial marcó la pauta de los cambios en la organización del trabajo con la introducción de nuevos métodos y tecnologías que buscaron un aumento de la productividad; así desapareció el trabajo artesanal y se incrementó la parcialización de tareas y las presiones laborales, lo que implicó un gran cambio y desequilibrio en esa relación anteriormente armónica entre el trabajo y el ser humano; de forma paralela, y se puede pensar ‘poco casual’, empezaron a disminuir las enfermedades infectocontagiosas para dar lugar a las enfermedades crónico-degenerativas como causantes de las principales tasas de morbilidad. Actualmente continúan los grandes cambios tecnológicos en los sistemas de trabajo (ej., la automatización) y los cambios del mercado (fusiones, globalización) que implican nuevas exigencias y modos de vida en los centros de trabajo, que traen como consecuencia un aumento de las cargas o presiones psicológicas y sociales para los trabajadores. Dicho fenómeno se ha tratado de estudiar bajo el concepto de ‘estrés laboral’,

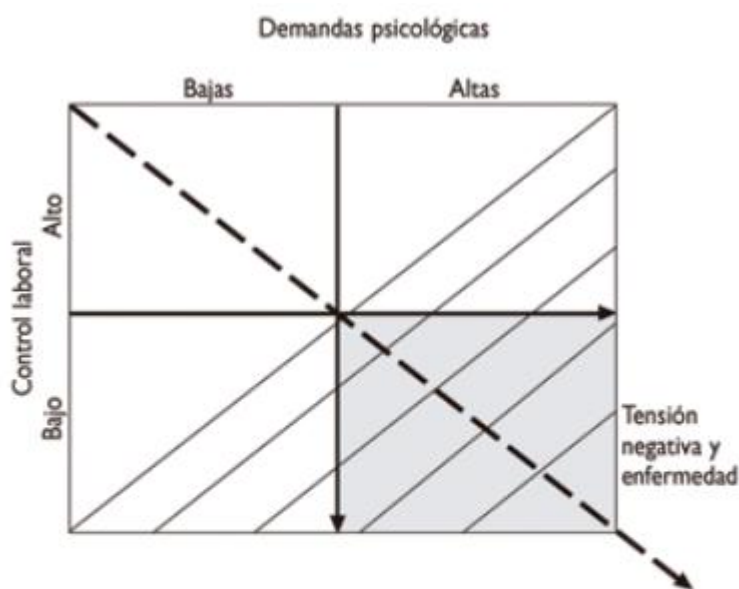
lo que implica también la consideración de mecanismos fisiológicos subyacentes y donde surge el marco para explicar la relación entre los estresores del trabajo (principalmente psicosociales) y las enfermedades cardiovasculares.

“Diversos estudios han demostrado la relación entre el estrés y diversos indicadores cardiovasculares; sin embargo, se ha insistido en que el estrés o estresores particularmente nocivos para la salud cardiovascular, se encuentran en áreas relativas al mundo del trabajo y con alta carga psicosocial, tal como lo demuestra la investigación de factores psicosociales del trabajo, realizada en Estados Unidos en los últimos 20 años.

“Pero, ¿qué son los factores psicosociales laborales o del trabajo? El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) define a los factores psicosociales en el trabajo como ‘interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento’. Como ejemplos de variables psicosociales se encuentran: la carga de trabajo, las jornadas exhaustivas, los malos hábitos de trabajo, escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, pobre apoyo social, supervisión estricta, entre muchos otros.

“Particularmente se ha documentado que una combinación de altas demandas laborales (carga de trabajo) y una escasa autonomía o control sobre el mismo, produce una tensión laboral o estrés crónico residual que se refleja en múltiples indicadores de salud, entre ellos,

las enfermedades cardiovasculares. Dicha combinación de estresores o factores psicosociales se ha conocido bajo el nombre de ‘Modelo de Tensión Laboral’ o ‘Modelo Demanda/Control’ de Karasek (figura 1) (Citado por Juárez – Garcia).



Fuente: referencia 16

FIGURA 1. TENSION LABORAL SEGUN EL MODELO DEMANDA/CONTROL DE KARASEK

“Schnall y colaboradores, hacen un excelente trabajo de recopilación de investigación realizada acerca de la tensión laboral, según el modelo de Karasek y su influencia en la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares en los últimos años. Confirman que tal influencia es consistente, continua, predictiva e independiente de los factores tradicionales de riesgo cardiovascular (obesidad, dieta, actividad física, consumo de alcohol, de tabaco, antecedentes hereditarios, colesterol, tensión arterial, etc.). Dicha relación entre el modelo de tensión laboral con la enfermedad isquémica y distintos desórdenes cardiovasculares, se

demuestra más recientemente en una veintena de estudios longitudinales en diferentes países.

“De igual forma, mediante el uso de autoinformes de diversos síntomas físicos y mentales como indicadores de salud, en México se han demostrado distintos tipos de validez del modelo de tensión laboral, particularmente en trabajadoras de una maquiladora en Sonora y en trabajadores de organizaciones de servicio humano de la Ciudad de México. No obstante, resulta necesario mencionar que en ambos estudios destacó otra variable psicosocial con potencial importante de su asociación con la salud: la inseguridad en el empleo. Dicha variable fue, en cierta medida, mejor predictor de la salud mental respecto a las variables del modelo de tensión laboral en ambos estudios.

“Se puede definir la inseguridad en el empleo como ‘el sentimiento de incertidumbre que acompaña a la baja certeza de poder conservar el empleo’, lo que por supuesto es originado en gran medida por los grandes cambios constantes en el mercado laboral actual. Aunque se trata de un estresor psicosocial de alta relevancia en el ámbito mundial, su prevalencia e interés puede ser diferente según la región o el contexto económico y social. Por ejemplo, la condición socioeconómica de un país desarrollado posibilita una percepción de estabilidad laboral mejor y muy diferente a la de otros países menos desarrollados, y por tanto, eso puede explicar por qué la literatura científica del tema en países avanzados contiene pocas investigaciones relativas a la inseguridad en el empleo, y en cambio, es fácil encontrar investigaciones con otras variables psicosociales como el grado de control en el trabajo u otras que tienen que ver más con la autorrealización; intereses que por cierto

difieren con escalas motivacionales como la de Maslow (necesidades de seguridad vs. Autorrealización, Citado por Juárez - Garcia).

“Específicamente en nuestro país, la inseguridad en el empleo ha representado un problema de creciente atención, pues desde los años sesenta se confirmó en un estudio las necesidades de seguridad como las más insatisfechas en trabajadores mexicanos de diversas ocupaciones, y más recientemente, en una encuesta nacional se encontró que al 82% de los mexicanos les preocupa quedarse sin empleo en los próximos seis meses. Ante tales antecedentes, se destaca la necesidad de estudios que valoren su nocividad e influencia en la salud, particularmente la cardiovascular, por las tendencias de morbilidad ya señaladas. Cabe mencionar que no se encontró alguna referencia que documente la relación entre la inseguridad en el empleo y las enfermedades cardiovasculares en la literatura, no obstante, se puede hipotetizar un papel relevante de ésta al tratarse del contexto mexicano (alta prevalencia).

“Hasta ahora, se desconoce algún estudio en nuestro país que documente la relación de las variables psicosociales laborales anteriormente citadas (tensión laboral e inseguridad en el empleo) con indicadores cardiovasculares y, menos aún, en poblaciones ocupacionales altamente vulnerables al riesgo psicosocial, como lo son las enfermeras, quienes se caracterizan por altos niveles de estrés en diversos estudios; esto las ubicó como la población idónea para el presente estudio.

“Dado lo anterior, el objetivo de la presente investigación consistió en determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables psicosociales de tensión

laboral (según el modelo de Karasek) y la inseguridad en el empleo con indicadores cardiovasculares, tales como la tensión arterial (TA) y síntomas cardiovasculares en un grupo de enfermeras de un hospital público de la Ciudad de México.

Material y métodos

Población de estudio

“Se trató de un estudio observacional, descriptivo, correlacional y transversal (transeccional) autorizado por el comité de ética de la coordinación del área de enfermería del hospital, donde se realizó el estudio durante el mes de julio de 2004. Otorgaron su consentimiento informado 109 enfermeras de diferentes puestos y departamentos de un hospital de tercer nivel del sector público, todas ellas de sexo femenino. Mediante un muestreo no probabilístico y por conveniencia, las únicas enfermeras no incluidas en el estudio fueron aquellas que no cumplieron con los criterios de inclusión (antigüedad mínima de seis meses y ausencia de enfermedad cardiovascular o psiquiátrica) o no quisieron participar.

“El 100% de las participantes fueron de sexo femenino, con un promedio de edad de 42 años y de 15 años de antigüedad, la mayoría eran casadas (62%). En cuanto a la escolaridad, la mayoría tenía estudios técnicos de bachillerato (43%) seguidas de aquellas que tenían una especialidad (28%), licenciatura (25%), posgrado (3%) y por último primaria (1%).

Instrumentos

“a) Se utilizó el Cuestionario del Contenido del Trabajo (JCQ, por sus siglas en inglés), el cual ha mostrado buenos indicadores psicométricos en México. Incluye las escalas de demandas psicológicas, libertad de decisión (control laboral) e inseguridad en el empleo. Contiene 28 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Existen dos maneras de obtener el valor de la variable tensión laboral; la primera es clasificando a las personas en cuatro cuadrantes de la combinación demanda/control dispuestos en el modelo (demandas altas y control bajo vs. las demás combinaciones), lo que implica un análisis de variables categóricas; la segunda se refiere al uso de la fórmula llamada ‘término de razón’, donde se divide a las demandas por el grado de control percibido y así se obtiene un valor continuo, por lo tanto, dicho valor convierte a la tensión laboral en variable continua, misma que se utilizó en el presente estudio. En el caso de la inseguridad en el empleo, se trata de una simple adición de los reactivos diseñados para su medición.

“b) También se utilizó un cuestionario de síntomas cardiovasculares que es empleado por el servicio médico de una institución de educación superior reconocida, cuya adaptación fue hecha por Juárez-García. Contiene preguntas tales como: ‘¿Ha sentido la sensación de falta de aire al hacer un esfuerzo como subir escaleras?’, con un formato de cuatro opciones de respuesta (no, rara vez, algunas veces, siempre). En este mismo cuestionario se incluyeron reactivos para medir factores tradicionales de riesgo cardiovascular y, por tanto, variables a considerar, tales como: consumo de alcohol, índice de masa corporal, edad, historia familiar de hipertensión, uso de medicamentos, consumo de cigarrillos y actividad física.

“c) Para la medición de la tensión arterial (TA) se utilizaron seis monitores digitales de muñeca marca Nissei bien calibrados. Los registros de TA se realizaron de acuerdo al ‘Protocolo de Puntos Estimados de TA en el Trabajo’ de Schnall, que consiste en dos conjuntos de puntos estimados de al menos dos registros cada uno, mientras la persona se encuentra en su actividad laboral habitual en su propio puesto de trabajo. El primer conjunto se obtuvo cerca del comienzo de la jornada laboral registrando dos lecturas con una distancia de uno o dos minutos cada una de ellas; en el segundo conjunto se repitió el mismo procedimiento poco después de cumplida la mitad de la jornada laboral o casi al final de la misma. Finalmente, se promediaron el primer conjunto (las dos primeras lecturas), y el segundo conjunto (las dos últimas lecturas). Por último, se promediaron los dos promedios obtenidos a su vez y éste fue el punto estimado de cada persona. Se realizaron cálculos por separado para tensión sistólica y diastólica. Dicho protocolo representa múltiples ventajas económicas y logísticas, pues los valores promedios y representativos de TA de un individuo obtenidos mediante este protocolo, no difieren significativamente de los registrados en el monitoreo ambulatorio, según lo encontrado por su autor.

“Para el análisis de resultados se utilizaron estadísticas descriptivas para analizar medias y desviaciones estándar de las diferentes variables. Para verificar las asociaciones entre las variables del estudio, se utilizaron diferentes pruebas estadísticas según el nivel de medición de las variables, tales como la t de student, ANOVA y el coeficiente de correlación Pearson. Para identificar los mejores predictores de las variables cardiovasculares (TA y síntomas) se utilizó la técnica de regresión lineal múltiple por el método ‘paso por paso’ (stepwise).

Resultados

“Las estadísticas de tendencia central y dispersión mostraron que los niveles de las variables psicosociales evaluadas en la muestra, no son muy altos en comparación con poblaciones norteamericanas; incluso los niveles de TA se ubicaron en una clasificación óptima de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (<120/80 mm Hg) (cuadro I).

Cuadro I
ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES Y CARDIOVASCULARES EVALUADAS
(ENFERMERAS, CIUDAD DE MÉXICO, 2004)

	<i>Tensión laboral</i>		<i>Inseguridad en el empleo</i>		<i>Síntomas cardiovasculares</i>	<i>TA sistólica</i>	<i>TA diastólica</i>
	<i>México</i>	<i>EUA</i>	<i>México</i>	<i>EUA</i>			
Media	.77	.87	4.72	4.91	17.58	112.90	76.45
Desviación estándar	.24	.13	1.22	1.97	5.70	13.40	8.85
Kolmorov-Smirnov (normalidad)	P=.240		P=.000		P=.070	P=.076	P=.537

Nota. Los datos de EUA corresponden al promedio nacional obtenido en diversas ocupaciones³²

“En cuanto a la relación de factores de riesgo cardiovascular con los indicadores cardiovasculares (TA y síntomas), se encontró que la edad, el IMC y el consumo de alcohol tuvieron asociaciones significativas. Por su parte, las variables psicosociales laborales también tuvieron relaciones estadísticamente significativas con los indicadores cardiovasculares, tal como se esperaba, con excepción de la relación inseguridad laboral-TA diastólica que no alcanzó significancia (cuadro II).

Cuadro II
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PEARSON ENTRE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL Y FACTORES PSICOSOCIALES CON LOS INDICADORES CARDIOVASCULARES (ENFERMERAS, CIUDAD DE MÉXICO, 2004)

	Síntomas cardiovasculares	TA sistólica	TA diastólica	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Índice de masa corporal	.19 (.04)	-.19 (ns)	-.05 (ns)	1							
2. Edad	.04 (ns)	.32 (.001)	.26 (.006)	-.21 (.02)	1						
3. Consumo de tabaco	.10 (ns)	.09 (ns)	.01 (ns)	-.18 (ns)	.08 (ns)	1					
4. Consumo de alcohol	.15 (ns)	.20 (.03)	.06 (ns)	-.19 (.04)	.03 (ns)	.57 (000)	1				
5. Dieta	.03 (ns)	-.02 (ns)	-.08 (ns)	.04 (ns)	-.03 (ns)	.33 (000)	.38 (000)	1			
6. Ejercicio	-.16 (ns)	.01 (ns)	-.04 (ns)	.14 (ns)	.03 (ns)	.14 (ns)	.22 (01)	.33 (000)	1		
7. Tensión laboral	.14 (ns)	.25 (.007)	.22 (.018)	-.12 (ns)	.18 (ns)	-.02 (ns)	.11 (ns)	-.07 (ns)	-.04 (ns)	1	
8. Inseguridad en el empleo	.23 (.01)	.21 (.02)	.05 (ns)	.03 (ns)	.07 (ns)	.01 (ns)	.06 (ns)	.00 (ns)	.00 (ns)	.14 (ns)	1

() En paréntesis el nivel de significancia estadística

“Los modelos de regresión mostraron que la tensión laboral fue un predictor estadístico importante de la TA sistólica y diastólica después de la edad, mientras que la inseguridad laboral lo fue de los síntomas cardiovasculares (cuadro III).

Cuadro III
RESULTADOS DE REGRESIÓN DE INDICADORES CARDIOVASCULARES Y VARIABLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
(ENFERMERAS, CIUDAD DE MÉXICO, 2004)

Indicadores cardiovasculares		Variables significativas utilizando stepwise ¹	b	Error típico	...	IC 95%	F	Durbin- Watson	Cambio R ²
TA sistólica	Modelo 1	Edad	.42	.13	.30*	(.16 - .68)	10.75*		.09*
	Modelo 2	Edad	.38	.12	.27*	(.13 - .63)	9.30†	1.89	.05*
		Tensión laboral	17.1	6.4	.24*	(4.49 - 29.8)			
TA diastólica	Modelo 1	Edad	.23	.08	.25*	(.06 - .41)	7.20*		.06*
	Modelo 2	Edad	.20	.08	.22*	(.03 - .38)	6.56*	2.05	.04§
		Tensión laboral	10.2	4.3	.22§	(1.6 - 18.9)			
Síntomas cardiovasculares	Modelo 1	Inseguridad empleo	1.07	.44	.23*	(.18 - 1.95)	5.80*		.05*
	Modelo 2	Inseguridad empleo	1.10	.43	.23*	(.23 - 1.9)	5.31*	1.81	.04§
		Índice de masa corporal	-.01	.008	-.20†	(-.03 - -.001)			

1 Criterio stepwise de exclusión: probabilidad F= <.05. Variables introducidas originalmente al análisis: tensión laboral, inseguridad en el empleo, edad, consumo alcohol y tabaco, índice masa corporal, ejercicio y dieta

2 La varianza de residuos en todos los modelos fue constante y tuvieron distribución normal (media = 0 y DE= ó≈1)

* p=<.01

† p=<.001 (Sig. 1-cola)

§ p=<.05

“En un análisis gráfico de la asociación de las variables estudiadas, se alcanza a mostrar su tendencia lineal (principalmente en aquellas que resultaron significativas) que corrobora lo esperado: a mayor puntaje en los factores psicosociales, mayor tensión arterial y más síntomas cardiovasculares (figura 2).

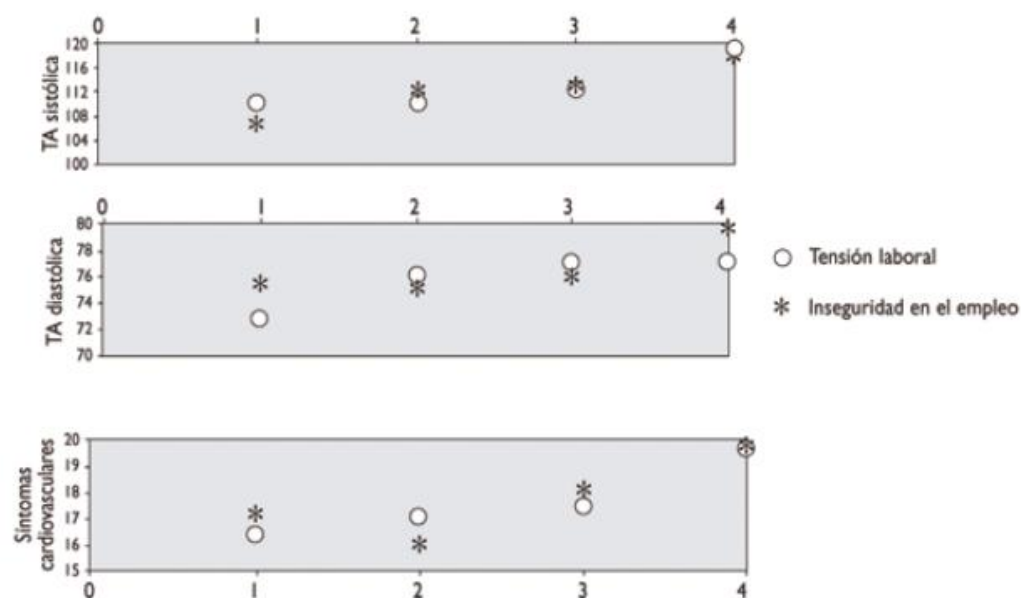


FIGURA 2. VALORES PROMEDIO DE INDICADORES CARDIOVASCULARES POR CUARTIL EN LOS FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES (ENFERMERAS, CIUDAD DE MÉXICO, 2004)

Discusión

“En general, los hallazgos del estudio permiten confirmar la relación entre las variables psicosociales de tensión laboral e inseguridad en el empleo, con los indicadores cardiovasculares evaluados (TA y síntomas cardiovasculares). En otras palabras, el estudio reflejó que las enfermeras que mencionaron tener más inseguridad de conservar su empleo y/o la combinación nociva de altas demandas y bajo control en el mismo, reportaron mayores síntomas cardiovasculares y mayores niveles de tensión arterial, aun considerando otros factores de riesgo cardiovascular tales como la edad, el IMC, el consumo de tabaco y alcohol.

“Es necesario mencionar que fue inesperado encontrar que los niveles de tensión laboral y de inseguridad de estabilidad en el empleo son un poco más bajos en comparación con la media nacional de trabajadores de EUA, lo que se puede explicar desde las mismas características de la población participante en el presente estudio, pues se trató de enfermeras que laboran en una institución del sector público caracterizada por un fuerte apoyo sindical, prestaciones sociales adecuadas y un reconocimiento institucional marcado. Incluso, el promedio de antigüedad encontrado fue bastante alto (15 años) en comparación con la población laboral restante en nuestro país; este es un dato que refleja por sí mismo características laborales que pueden ser satisfactorias en la población evaluada y por ello la obtención de valores señalados previamente.

“Sin embargo, aun en esta población queda confirmada la validez de la relación entre la tensión laboral (según el modelo de Karasek) y la tensión arterial (TA) en población laboral mexicana. Se trata pues, de resultados que se añaden al amplio cuerpo de evidencias por todo el mundo y demuestran la universalidad de la relación TA-tensión laboral, la cual se ha demostrado en estos estudios: es independiente de otras variables tales como la edad, la obesidad, el consumo de alcohol, de tabaco y el ejercicio, entre otras.

“Por otra parte, otro hallazgo que no posee amplias evidencias y por lo tanto tendría un carácter más novedoso es la relación encontrada entre la inseguridad en el empleo y la TA sistólica (correlación bivariada) y los síntomas cardiovasculares (regresión múltiple). Sus coeficientes muestran una relación débil, pero significativa. Futuros estudios deben confirmar estas relaciones encontradas con otras opciones para medir la inseguridad en el empleo que subsanen sus limitaciones psicométricas. No obstante, su explicación tiene base

en estudios anteriores donde se ha documentado que la incertidumbre crónica genera altos niveles de estrés y de tensión fisiológica, lo que provoca alteraciones del sistema cardiovascular e incluso la muerte en animales de laboratorio. En este contexto, se puede pensar que la incertidumbre generada en uno de los ámbitos más importantes y cotidianos del ser humano, el laboral, puede ser potencialmente dañina al sistema cardiovascular y a la salud general de los trabajadores. Resulta difícil interpretar el porqué de la correlación significativa de la inseguridad con la TA sistólica y no así con la diastólica, sin embargo, algunos autores han descrito a la TA sistólica como la más sensible a las influencias psicosociales.

“Asimismo, es importante discutir por qué la tensión laboral fue mejor predictor estadístico de TA, mientras que la inseguridad laboral lo fue de los síntomas cardiovasculares. Aunque este estudio no otorga la posibilidad de demostrar y explicar los mecanismos subyacentes, una interpretación aproximada a estos hallazgos es que la tensión laboral mide hasta cierto punto ciertas características de la actividad laboral más objetivas y más sociales, como son la organización y el diseño de los sistemas de trabajo actuales (cada vez más demandantes y parcializados) y, por lo tanto, el impacto en la salud tiene un fuerte carácter objetivo (tensión fisiológica), mientras que la inseguridad en el empleo pudiera caracterizarse por ser un proceso mayormente cognitivo-psicológico (incertidumbre) y, por lo tanto, tiene mayor influencia en la somatización y en la salud mental (tensión subjetiva), tal como lo refleja un análisis reciente. Futuros estudios deberán resolver estas hipótesis.

“Entre tanto, se vislumbra un rol esencial de las variables psicosociales del ámbito laboral en la salud cardiovascular, lo que desde la perspectiva global no es tan novedoso, pues

desde hace tiempo existen bastantes antecedentes que han sido capaces de establecer las bases para la conformación del área conocida como cardiología ocupacional, en asociaciones internacionales de salud ocupacional tales como la International Commission of Occupational Health (ICOH).

“Se sugieren más estudios en nuestro país con las variables aquí analizadas y más aún, en el caso de variables como la tensión laboral; existen elementos suficientes para considerar su pronta vigilancia y control permanente en centros de trabajo mexicanos, lo que propiamente corresponde a los nuevos enfoques que debe adoptar la salud ocupacional en nuestro país. Por otro lado, se trata también de nuevos enfoques que deben adoptar los especialistas de salud pública, epidemiólogos y profesionales clínicos que tratan con la salud cardiovascular, cuyo énfasis tradicional debe ampliarse para considerar la dimensión social-laboral con directrices de una labor preventiva y de promoción de la salud, con mayor alcance y con perspectivas cada vez más integrales” (Juárez-García, 2007, pp.109-117).

“En los últimos tiempos, se ha sugerido que el síndrome ira-agresión-hostilidad es el componente del PCTA que predispone a los sujetos a la enfermedad coronaria. Sin embargo, hasta el momento sería apresurado establecer conclusiones definitivas respecto a la importancia que tiene dicha variable para explicar el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Las inconsistencias encontradas entre los resultados de distintos estudios hacen que algunos investigadores pongan en duda la solidez de la asociación existente entre el síndrome ira-agresión-hostilidad y la enfermedad coronaria (García León, 1999, Citado por Iacovella & Troglia).

“Se ha planteado que estas inconsistencias podrían deberse al hecho de ignorar la naturaleza multidimensional del propio constructo ira-agresión-hostilidad.

“La existencia de numerosas definiciones y el desacuerdo o la falta de comunicación con respecto a la terminología, parece haber producido cierta confusión al analizar los resultados de los distintos estudios. Además, en un primer momento se ha considerado que diferentes instrumentos podían proporcionar la misma información con respecto al constructo; por el contrario, lo que se ha comprobado es que distintos instrumentos de medida parecen evaluar componentes o aspectos diferentes y que, de hecho, existen diferencias en el modo en que estos instrumentos se relacionan con la enfermedad coronaria.

“De la revisión de Smith (1992) se desprende que no podemos obtener conclusiones claras sobre la capacidad predictiva de esta variable sobre el desarrollo de enfermedades coronarias, debido probablemente a que las diferentes medidas de hostilidad no son intercambiables. Sin embargo, en los dos importantes meta-análisis realizados sobre los estudios de las conductas, personalidad y emociones asociados con los trastornos coronarios, el de Booth-Kewley y Friedman (1987) y el de Matthews (1988) concluyen que la ira y la hostilidad son buenos predictores de la EC, siendo la hostilidad la más fuertemente asociada.

“Como hemos visto, los procesos de referenciación de la ira y la hostilidad están en permanente dinámica y, en consecuencia, los procesos de evaluación son más diversos de lo deseable. En conclusión, como ocurre con muchos objetos científicos, la delimitación del

complejo ira-hostilidad es un proceso lento y trabajoso y su precisión definitiva es, tal vez, una meta que no parece cercana todavía” (Iacovella & Troglia, 2003, pp.53-61).

“Está bien definido que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y las cardiopatías son factores que predisponen a la aparición de la enfermedad cerebrovascular isquémica; otros factores como la obesidad, el sedentarismo, las dislipidemias, la hiperhomocisteinemia y el estrés precisan pruebas estadísticas más consistentes para su definición. Algunos de estos factores resultan más fáciles de medir, y por tanto de cuantificar y de relacionar con la enfermedad. La exactitud numérica de las matemáticas, así como la medida de la presión arterial se nos escapan de las manos cuando tratamos de cuantificar aspectos básicamente subjetivos. En el caso de los factores psicosociales se han desarrollado métodos de medición muy variados y, para agravar más el problema, un determinado método puede tener diferentes interpretaciones. Los factores de riesgo psicológicos han suscitado un creciente interés entre diversos investigadores, debido a la alta influencia que aparentemente ejercen en el origen, en la aparición y en el mantenimiento de las enfermedades. Son ejemplos el estrés psicosocial y el llamado patrón de conducta de tipo A, puesto que ambos han llegado a considerarse factores de riesgo para la cardiopatía isquémica. En el ámbito de la enfermedad cerebrovascular, los estudios sobre este tema son escasos y la mayoría centran su objetivo en la evolución de la enfermedad ya establecida.

“Los resultados de los trabajos sobre el papel que desempeñan los acontecimientos vitales estresantes como factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular, no son concluyentes. Por una parte, se han planteado importantes problemas metodológicos y, por otra, el empleo

de diferentes escalas para medir el estrés y lo subjetivo de su apreciación hacen cuestionable la interpretación, y dificultan el comparar los resultados de un estudio con los de otro.

“Junto al estrés se analiza la influencia del patrón de conducta de tipo A en la aparición de las enfermedades. Y aunque no se conoce suficientemente la relación entre este patrón y el estrés, varios autores argumentan que las personas con conducta de tipo A, por su peculiar estilo de afrontar la vida, se ven inmersas con mayor frecuencia en situaciones de carácter estresante que les obligan a reajustes psicofisiológicos. El patrón de conducta de tipo A como factor de riesgo psicosocial en el origen de la enfermedad cerebrovascular, ha sido el objetivo de algunos estudios de casos y controles con resultados dispares y, por lo tanto, poco concluyentes.

“Con el fin de contribuir al conocimiento de los factores de riesgo psicosociales de esta enfermedad, hemos realizado el presente estudio, mediante el cual nos propusimos averiguar si existe alguna relación entre el patrón de conducta de tipo A y el riesgo de sufrir un infarto cerebral. También nos propusimos evaluar el papel del estrés psicosocial derivado de los acontecimientos vitales, como posible factor precipitante del infarto cerebral.

Pacientes y métodos

“Hemos realizado un estudio de casos y controles para evaluar la posible influencia de un patrón conductual que predispone al estrés y de eventos vitales estresantes sobre la

ocurrencia del infarto cerebral. El grupo de estudio lo conformaron 88 pacientes con diagnóstico de infarto cerebral, definido mediante criterios clínicos y tomográficos, procedentes de la sala y de la consulta de enfermedades cerebrovasculares del Instituto de Neurología y Neurocirugía (La Habana, Cuba). Se seleccionaron aquellos que habían presentado un infarto cerebral debido a enfermedad de los vasos cerebrales (gran vaso, infarto aterotrombótico; pequeño vaso, infarto lacunar) en los seis meses previos a la entrevista, esto es, durante el año 2000 y el primer semestre de 2001. Se excluyeron los pacientes con infarto cerebral de otras causas, pues los múltiples mecanismos que llevan a esta situación pueden prestarse a interpretaciones erróneas con relación al papel que desempeñan en la aparición de la enfermedad. En los casos de pacientes con demencia o afasia, los datos se obtuvieron del familiar más cercano. En el grupo control se estudiaron 99 individuos sanos, procedentes de las áreas de salud del municipio Plaza de la Revolución, seleccionados de forma aleatoria, y pareados según edad y sexo con el grupo de estudio; quedaron excluidos los que habían sufrido previamente un ictus. Las variables dependientes del estudio fueron patrón de conducta y acontecimientos vitales estresantes. Dentro de las variables independientes se incluyeron el pertenecer al grupo de estudio o al grupo control, la presencia de otros factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, cardiopatía isquémica) y, en el grupo de pacientes, el territorio vascular (carotídeo o vertebrobasilar) y la etiopatogenia (infarto aterotrombótico o lacunar).

“El patrón de conducta de tipo A es un síndrome conductual de estilo de vida caracterizado por un exceso de competitividad, esfuerzo de lucha, agresividad (algunas veces fuertemente reprimida), urgencia temporal, aceleración en las actividades, hostilidad, estado de

hiperalerta, explosividad al hablar, tensión en la musculatura facial y lucha contra las limitaciones del tiempo.

“Para su evaluación se utilizó el Jenkins Activity Survey en su forma abreviada, cuestionario que permite conocer el patrón comportamental que caracteriza a cada individuo. Está constituido por 13 ítems, y el paciente debe seleccionar en cada uno la alternativa que mejor le describa. Según su autor, aquellos sujetos cuya puntuación se encuentra por encima de 5 se caracterizan por tener un patrón de conducta de tipo A, los que tienen puntuación 0 son neutros, y los que tienen una puntuación negativa se caracterizan por tener un patrón de conducta de tipo B.

“Para evaluar los acontecimientos vitales se empleó el cuestionario homónimo de Holmes y Rahe, que consta de 43 ítems correspondientes a experiencias supuestamente estresantes. A cada ítem se le otorga una puntuación preestablecida, y de la suma de ellas, resulta el total de puntos. La interpretación que dan los autores del cuestionario es la siguiente: las personas que obtienen una puntuación mayor de 300 constituyen el grupo de alto riesgo, con una probabilidad del 80% de sufrir alguna enfermedad en un futuro próximo; en el grupo de personas con una puntuación entre 150 y 300, el riesgo es aproximadamente del 50%, y en el grupo de bajo riesgo (individuos con una puntuación inferior a 150), la probabilidad es del 30%.

“Los criterios utilizados para definir la etiopatogenia fueron los del National Institute of Neurological Disorders and Stroke: el infarto cerebral aterotrombótico es de tamaño medio (1,5-3 cm) o grande (mayor de 3 cm), de topografía cortical o subcortical, carotídeo o

vertebrobasilar, en pacientes con factores de riesgo vascular cerebral y demostración clínica de aterosclerosis generalizada (coexistencia de cardiopatía isquémica o enfermedad arterial periférica), o demostración, mediante ecografía Doppler, de oclusión o estenosis arterial significativa y correlacionable con la clínica del paciente. El infarto cerebral lacunar es de pequeño tamaño (menos de 1,5 cm de diámetro), está localizado en el territorio de distribución de las arterias perforantes cerebrales y ocasiona clínicamente un síndrome lacunar (hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivomotor, hemiparesia atáxica, disartria, mano torpe) en un paciente con hipertensión arterial u otros factores de riesgo vascular cerebral.

“Los datos fueron procesados con el programa Statistica, versión 5.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo, y mediante la prueba t de Student se compararon los índices medios; esto último nos ha permitido confrontar los resultados del grupo de estudio con los del grupo control. Para establecer correlaciones entre variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, y para evaluar la influencia de otras variables se usaron métodos de regresión múltiple. Para evaluar la consistencia interna de la muestra se realizaron tablas de contingencia entre el grupo de estudio y el grupo control con factores de riesgo definidos para el ictus isquémico.

Resultados

“Como muestra la Figura 1, la presencia de hipertensión arterial se asoció de forma altamente significativa ($p < 0,01$) en el grupo de pacientes. La diabetes mellitus se observó

con mayor frecuencia en este mismo grupo, aunque sin llegar a la significación estadística ($p= 0,06$). El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol fueron muy bajos en ambos grupos, por lo que los resultados de los análisis correspondientes no resultan fiables.

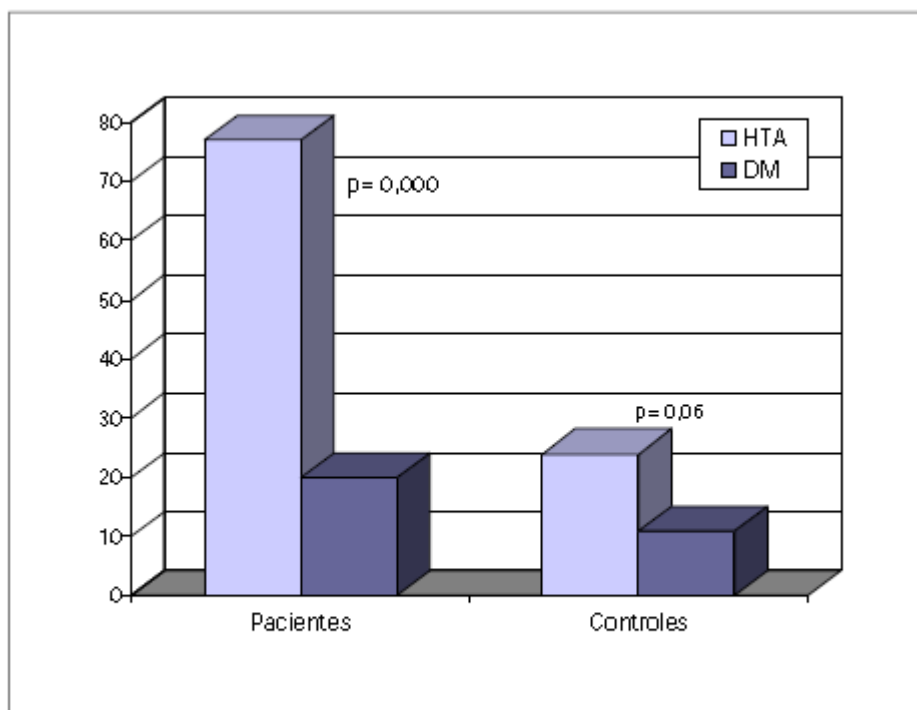


Figura 1. Comportamiento de la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) en pacientes y controles.

“El valor de la media del patrón conductual en el grupo de pacientes fue de 6,17; esto apunta a una tendencia general hacia el patrón de tipo A; en el grupo control, este valor fue de -7,34 e indica el predominio del patrón de conducta de tipo B. Al calcular las diferencias de medias independientes encontramos un valor t de 6,35 y una $p < 0,01$, cifras que indican una asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta de tipo A y la ocurrencia de infarto cerebral (Fig. 2). Sin embargo, cuando correlacionamos las medias del

patrón conductual en hipertensos y no hipertensos, observamos que no existe asociación estadística entre ellas ($p = 0,86$), es decir, el efecto del patrón conductual sobre el infarto cerebral no se debe a su relación con la hipertensión arterial.

“Con respecto a la relación entre la edad y el patrón conductual, observamos una correlación de $-0,29$ con una $p = 0,006$, por tanto el patrón de tipo A se observa menos a medida que avanza la edad. Esta asociación no se encontró en el grupo control. La diferencia entre las medias del patrón conductual disminuye a medida que aumenta la edad seleccionada, hasta que la significación estadística desaparece por encima de los 75 años. Este comportamiento no se observó en el grupo control.

“Al correlacionar el patrón conductual con los subgrupos etiopatogénicos, el valor t fue de $0,29$ y la $p = 0,76$, por lo cual no se considera una diferencia entre las medias del patrón conductual entre el grupo de infarto aterotrombótico y el grupo de infarto lacunar.

“Cuando asociamos el patrón conductual con el valor del cuestionario de acontecimientos vitales, encontramos una correlación de $0,29$, con una $p < 0,05$ en ambos grupos, de manera que el patrón de tipo A se asoció con una mayor puntuación de acontecimientos vitales. Tomamos este resultado como un signo de consistencia de estas variables en ambos grupos.

“La media de la puntuación del cuestionario de Holmes y Rahe fue de $79,66$ en los pacientes, resultado superior al encontrado en los controles ($64,91$); el valor t fue de $1,68$ y la $p = 0,09$, por lo que no se alcanzó la significación estadística (Fig. 3). Pero cuando realizamos este análisis seleccionando solo los individuos hipertensos, obtuvimos un valor t

de 3,50 y una $p= 0,005$; es decir, existe una asociación significativa entre la puntuación total de acontecimientos vitales y la presencia de infarto cerebral en individuos hipertensos (Fig. 4).

“Cuando realizamos el análisis teniendo en cuenta la cantidad de eventos estresantes sufridos en los últimos seis meses, las medias obtenidas fueron de 2,09 y 1,38 para pacientes y controles, respectivamente. Al comparar sus diferencias se obtuvo una t de 3,03 con una $p= 0,02$, que indica que la diferencia es significativa. Al analizar solo individuos hipertensos, el valor t se elevó a 3,79 y la p se redujo a 0,001, por lo que esta asociación es mayor en los portadores de hipertensión arterial.

“Cuando realizamos el análisis clasificando a los individuos según el patrón conductual, observamos que en individuos con patrón de tipo A se asoció al infarto cerebral tanto en el total de eventos ($p= 0,002$) como en la puntuación total del cuestionario ($p= 0,004$); este resultado no se encontró en individuos con patrón de tipo B o neutro ($p= 0,68$ y $0,08$, respectivamente) (Fig. 5).

“Los 10 eventos vitales más frecuentes en el grupo de pacientes fueron el fallecimiento de un familiar cercano y el cambio en la salud de un miembro de la familia (26 pacientes), la ocurrencia de enfermedad o accidente (20), el cambio de responsabilidad en el trabajo (17), los cambios en la situación económica (16), el cambio en los hábitos de sueño (13), el reajuste laboral y la muerte de un amigo íntimo (12), la llegada de un nuevo miembro a la familia (10) y el cambio de residencia (8). Como puede observarse, tres de los eventos más frecuentes se encuentran después del acontecimiento vital número 20, es decir, los que

menos puntos aportan al total en el cuestionario de Holmes y Rahe. En el grupo control, los eventos vitales más frecuentes fueron la enfermedad o lesión grave (32 individuos), los cambios en la salud de un miembro de la familia (16), los cambios en la situación económica (13), la muerte del cónyuge y la muerte de un familiar cercano (10), y la muerte de un amigo íntimo (9). En este grupo los acontecimientos vitales más frecuentes se concentran en los primeros 17, es decir, los que más puntos aportan al total. Ni la puntuación del cuestionario de acontecimientos vitales ni el total de estos eventos, se asociaron al sexo o a la presencia de hipertensión arterial en ninguno de los dos grupos.

Discusión

“Teniendo en cuenta que trabajamos con una muestra homogénea en cuanto a edad y sexo, y con un comportamiento lógico de los factores de riesgo definidos para el infarto cerebral, podemos decir que, en nuestro estudio, el patrón conductual de tipo A se asoció de forma significativa con el infarto cerebral. La falta de asociación entre el patrón conductual y otros factores de riesgo indica que su influencia es independiente de ellos.

“Desde hace más de una década, el patrón de conducta de tipo A se definió como un claro indicador de riesgo coronario; un grupo de investigaciones mostró que los altos niveles de ira y hostilidad se relacionaban significativamente con un incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Dos informes y un estudio de casos y controles concluyeron que las víctimas de un ictus tienen problemas para manejar sus sentimientos de ira, hostilidad y agresividad, y un informe de datos prospectivos del Framingham Heart Study indicó que la incidencia de ictus en los 10 años de seguimiento

fue superior en individuos con tensión, ansiedad y cólera. Everson et al realizaron el primer estudio poblacional longitudinal que relaciona un estilo de respuesta de cólera o ira con la ocurrencia de ictus en 2.074 individuos, de edad media, tomados de un estudio poblacional de factores de riesgo en el este de Finlandia.

“Estos autores encontraron que los individuos con altos niveles de expresión de ira tenían doble riesgo de sufrir un ictus que los que tenían niveles bajos, riesgo que se mantuvo aun después de ajustar el efecto de otros factores de riesgo y de las características del estilo de vida.

“Algunos autores han comunicado que la influencia del patrón conductual con características que predisponen al estrés y los eventos estresantes, parecen estar relacionados con mecanismos autonómicos y neuroendocrinos que se activan en condiciones de estrés. Los individuos que expresan altos niveles de ira muestran también altas respuestas de la presión arterial sistólica en un test de estrés por ejercicio, hallazgo que refleja una respuesta simpática exagerada. Dos estudios indican que la hostilidad y la ira se asocian a un incremento de la reactividad y de la activación plaquetarias, hecho que parece estar mediado por una disfunción serotoninérgica y adrenérgica; como se ha visto en individuos con enfermedad coronaria esta asociación se hace más fuerte bajo condiciones de estrés. Podemos especular, entonces, con que la respuesta simpática exagerada y el incremento de la actividad plaquetaria pueden ser componentes fisiológicos de un tipo de respuesta al estrés cuya vertiente psicológica es el patrón conductual de tipo A con todos sus componentes.

“Encontramos una asociación, solo en el grupo de los pacientes, entre el patrón conductual y la edad; después de realizar una búsqueda bibliográfica en MEDLINE de los últimos 10 años, no encontramos ninguna referencia a esta asociación. Para nosotros, ello indica que la presencia de un patrón conductual de tipo A añade riesgo de padecer un infarto cerebral en edades más tempranas, probablemente por su contribución al proceso aterosclerótico.

“Algunas investigaciones han mostrado la asociación de altos niveles de ira y hostilidad con la prevalencia, intensidad y progresión de la aterosclerosis coronaria y carotídea.

“No encontramos diferencias en el comportamiento del patrón conductual según los subtipos de infarto cerebral: el patrón de tipo A se asoció tanto a la enfermedad de pequeño vaso como a la de gran vaso; esta afirmación no sorprende si tenemos en cuenta que la ateromatosis desempeña el papel principal en ambos grupos etiopatogénicos. La exclusión de otras causas de infarto cerebral nos permitió homogeneizar el grupo de estudio y centrarnos en las relacionadas con la aterosclerosis; la multiplicidad de mecanismos etiopatogénicos, que se observan en el ictus isquémico, es el principal sesgo a la hora de interpretar la influencia de factores de riesgo cuando no se separan los diferentes subtipos.

“Mucho se ha especulado sobre la relación entre el patrón de conducta de tipo A y el estrés. Algunos autores han postulado que los individuos pertenecientes al tipo A generan, por sí mismos y de manera continua, una situación crónica de estrés como consecuencia de su estilo de relacionarse con el medio, puesto que ven la vida con un tono amenazante.

“Por ello se encuentran inmersos con mayor frecuencia en situaciones de carácter estresante, circunstancia que les obliga a reajustes psicofisiológicos. Nosotros encontramos una asociación significativa entre el patrón conductual y la presencia de eventos vitales estresantes, de manera que los individuos con patrón conductual de tipo A presentaron mayor número de eventos y mayor puntuación en el cuestionario de Holmes y Rahe. Este resultado apoya la hipótesis que relaciona el patrón de tipo A con el estrés.

“Con relación al papel que desempeñan los acontecimientos vitales estresantes, observamos que tanto el total de puntos del cuestionario como el número de eventos referidos fue mayor en el grupo de pacientes, aunque la puntuación total no llegó a la significación estadística. Sin embargo, al considerar solamente a los hipertensos, la diferencia entre ambos grupos se hizo significativa; por ello planteamos que los acontecimientos vitales estresantes añaden un mayor riesgo de infarto cerebral en individuos hipertensos. Igual resultado encontramos cuando seleccionamos individuos con patrón de tipo A, lo que indica que, en ellos, la ocurrencia de eventos estresantes aumenta la probabilidad de sufrir un infarto cerebral.

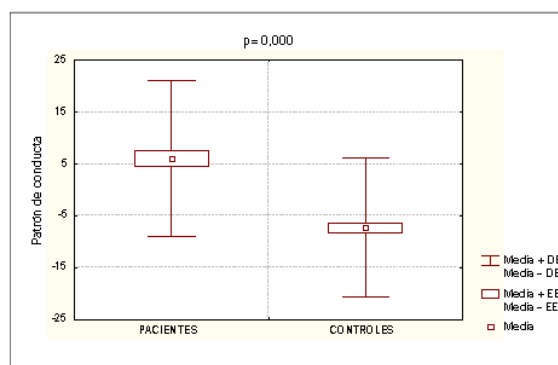


Figura 2. Patrón conductual en pacientes y controles. DE: desviación estándar; EE: error estándar.

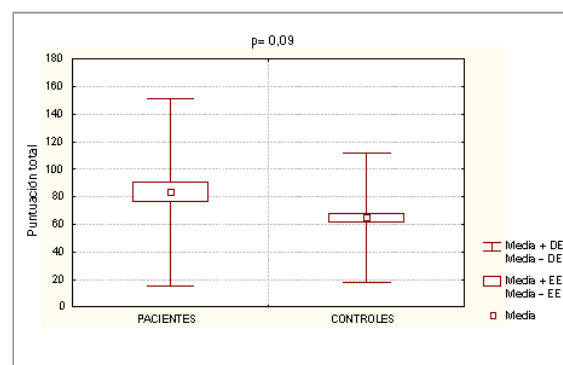


Figura 3. Puntuación total del cuestionario de eventos vitales en pacientes y controles. DE: desviación estándar; EE: error estándar.

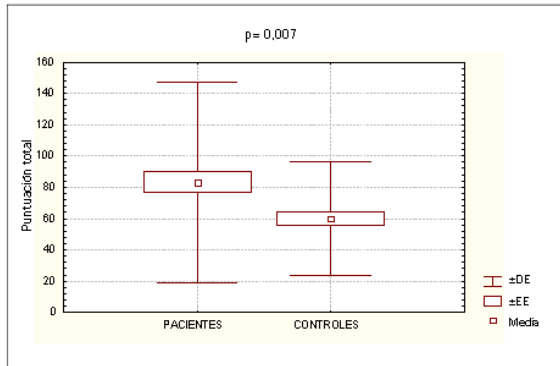


Figura 4. Puntuación del cuestionario de eventos vitales en individuos hipertensos. DE: desviación estándar; EE: error estándar.

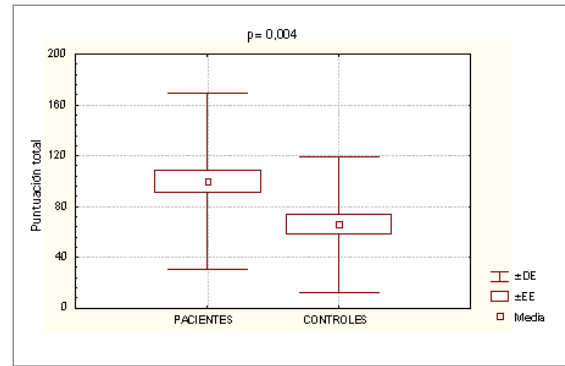


Figura 5. Puntuación del cuestionario de eventos vitales en individuos con patrón de tipo A. DE: desviación estándar; EE: error estándar.

“Recoger datos psicológicos en una serie de 20 pacientes con enfermedad cerebrovascular; Ecker sugirió, en 1954, la posible participación del estrés psicosocial derivado de los acontecimientos vitales estresantes en el origen del episodio agudo de la enfermedad cerebrovascular. Más de la mitad de los pacientes presentaban alteraciones de la personalidad de larga evolución y otros tantos relataban situaciones de estrés emocional intenso antes del episodio agudo de la enfermedad cerebrovascular. Desde entonces, otros investigadores han mencionado emociones importantes y alteraciones afectivas en sus trabajos sobre series de pacientes con enfermedad cerebrovascular.

“Algunos estudios han sugerido que el estrés psicológico puede constituir un factor de riesgo para el ictus isquémico. Macko et al, en un estudio de casos y controles realizado en Los Ángeles, evaluaron la influencia de eventos estresantes vitales como potenciales precipitantes del infarto cerebral, y no encontraron diferencias significativas entre el grupo de estudio y dos grupos control, uno de individuos sanos y el otro de pacientes con enfermedades no cerebrovasculares (en este estudio se incluyeron solamente 37 pacientes). Witte et al compararon las tasas de incidencia y de mortalidad por infarto de miocardio e

ictus del 22 de junio de 1996, en Alemania, día en que un popular equipo de fútbol fue eliminado del campeonato europeo, con las equivalentes al mismo día de cinco años atrás. Observaron un aumento del riesgo entre los varones –no entre las mujeres– y 14 muertes por causa cardiovascular más que lo histórico. Estos autores concluyen que un evento deportivo importante puede provocar suficiente nivel de estrés como para precipitar enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Kadojic et al investigaron el impacto de factores psicológicos y socioeconómicos en la hemodinamia cerebral y en la aparición de enfermedades cerebrovasculares mediante un estudio de casos y controles. Los 120 croatas que sufrieron estrés postraumático por efecto de la guerra y por trastornos de adaptación, presentaron significativamente un mayor número de cambios hemodinámicos, con un incremento del vasoespasma, que los individuos del grupo control.

“Los autores atribuyen los cambios al efecto nicotínico y a un probable predominio de la estimulación del sistema simpático sobre los vasos cerebrales. Concluyen que la exposición prolongada al estrés y a las malas condiciones socioeconómicas, por diferentes mecanismos, incrementa el riesgo de ictus.

“Castillo-Richmond et al refieren que el grosor del complejo íntima-media es una medida válida de la ateromatosis carotídea y un indicador de la evolución coronaria y cerebrovascular.

“En un ensayo clínico aleatorizado, evaluaron el efecto de la reducción del estrés, mediante meditación trascendental, sobre el complejo íntima-media de la carótida extracraneal, medido por ecografía en modo B, en hipertensos afroamericanos mayores de 20 años,

durante un período de entre seis y nueve meses. El grupo control recibió educación de salud grupal. Estos autores concluyen que la reducción del estrés mediante un programa de meditación trascendental se acompaña de una reducción de la aterosclerosis carotídea comparada con la educación para la salud.

“Varios autores han realizado estudios sobre la relación entre los acontecimientos vitales previos al ictus y la evolución ulterior del mismo. En ese sentido, Carasso et al, en 1981, no encontraron relación, en pacientes sin antecedentes de cardiopatía isquémica, entre la puntuación del cuestionario de Holmes y Rahe y la gravedad del ictus; Birket-Smith et al tampoco encontraron relación entre la puntuación de este cuestionario y la evolución posterior del ictus. Más recientemente, Martín-González et al analizaron la relación entre la puntuación del mismo cuestionario, previo al ictus, y la ocurrencia de muerte, nuevos episodios cerebrovasculares, infarto de miocardio y puntuación de la escala de Rankin; no encontraron una asociación estadísticamente significativa.

“Ninguno de estos autores evaluó el papel de los acontecimientos vitales en el riesgo de sufrir un primer evento cerebrovascular.

“De acuerdo con los resultados de este trabajo podemos concluir que el patrón de conducta de tipo A está relacionado con la ocurrencia de infarto cerebral y que esta influencia es independiente de los otros factores de riesgo estudiados; esta relación es mayor a medida que disminuye la edad en que aparece el ictus.

“Asimismo, el estrés psicosocial derivado de acontecimientos vitales estresantes aumenta el riesgo de infarto cerebral en individuos hipertensos o con patrón de conducta de tipo A” (Fernández-Concepción, Verdecie-Feria, Chávez-Rodríguez, Álvarez-González, & Fiallo-Sánchez, 2002, pp.622-627).

“A pesar de las críticas que ha recibido el constructo Tipo A, quizá alguno de sus componentes pueda seguir siendo útil en la investigación orientada al estudio de la relación entre factores psicológicos y trastornos cardiovasculares. En el presente trabajo, utilizando como criterio del factor S de la Escala de Actividad de Jenkins, se formaron dos grupos de sujetos para observar la activación, reactividad y recuperación psicofisiológicas en dos tareas: estrés ficticio y estrés real. Nuestros resultados apuntan a la existencia de mayores valores en activación, reactividad y recuperación psicofisiológicas en sujetos Tipos A y Tipo B cuando las tareas son de estrés real, observándose también que en dichas situaciones los sujetos Tipo A obtienen valores más elevados que los Tipo B. Se sugiere la pertinencia de utilizar tareas que impliquen situaciones de estrés real. Concretamente, se observa la existencia de distintos patrones de habituación en dichas tareas” (Palmero, Breva Asensio, & Espinosa, 1994).

Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A

Abstract

Resumen

Fundamento y objetivo

“Evidenciar la relación entre el patrón de conducta tipo A (PCTA) y el síndrome de fatiga crónica (SFC).

Pacientes y método

“Para evaluar el PCTA se ha administrado el inventario del JAS (Jenkins Activity Survey ‘cuestionario de actividad de Jenkins’) a 82 pacientes diagnosticados de SFC, según los criterios de Fukuda (Centro para el Control y prevención de enfermedades, 1994). Se han comparado las medias de las puntuaciones típicas obtenidas en el JAS de los pacientes con SFC, con las medias de las puntuaciones obtenidas en la población general (controles sanos) y en los pacientes con cardiopatía isquémica (controles patológicos).

Resultados

“Los pacientes con SFC tienen una media de las puntuaciones típicas de 5 puntos por encima de la media de la población general y de 2 puntos por encima de los enfermos de cardiopatía isquémica.

Conclusiones

“El PCTA es un factor que está relacionado con el SFC. Una alta puntuación en el JAS debería tenerse en cuenta en el abordaje terapéutico de estos enfermos.

Abstract

Background and objective

“To quantify the relationship between Chronic Fatigue Syndrome (CFS) and Type A Behaviour Pattern (TABP).

Patients and method

“The Jenkins Activity Survey (JAS) was administered to 82 patients diagnosed with CFS to determine the prevalence of TABP. Subjects’ mean z scores on the JAS were compared with those from the general population (healthy controls) and from patients with ischemic cardiopathy (pathologic controls).

Results

“CFS patients’ mean score on the JAS was 5 points higher than that of the general population (healthy controls) and 2 points higher than that of patients with ischemic cardiopathy.

Conclusions

“TABP appears to be related with CFS and should be taken into account in the treatment of these patients” (Godás Sieso, Gómez Gil, Salamero Baró, Fernandez-Huerta, & Fernandez-Solá, 2009, pp.539-541).

Hostilidad, patrón de conducta tipo A y reactividad cardíaca

“La presente investigación tuvo como objetivo estudiar el efecto de la hostilidad autoinformada en la reactividad cardíaca de sujetos Tipo A/B. Los sujetos fueron 40 estudiantes varones repartidos en cuatro grupos: (1) Tipo A con alta Hostilidad, (2) Tipo A con baja Hostilidad, (3) Tipo B con alta Hostilidad y (4) Tipo B con baja Hostilidad. Todos ellos pasaron por tres pruebas de reactividad psicofisiológica: el Test de la Respuesta Cardíaca de Defensa ante estimulación auditiva intensa, una Tarea de Aritmética Mental y una Tarea de Juego de Vídeo Competitivo. La variable dependiente registrada fue la tasa cardíaca. Los resultados indican que en las tres pruebas no se observan diferencias en la

reactividad de la tasa cardíaca entre sujetos Tipo A y B con alta Hostilidad autoinformada. Sin embargo, sí se observan diferencias entre sujetos Tipo A y B con baja Hostilidad autoinformada, siendo los sujetos Tipo A los que muestran mayores incrementos en tasa cardíaca durante la Respuesta Cardíaca de Defensa y el Juego de Vídeo Competitivo. En la Tarea de Aritmética Mental se observa esta tendencia, aunque no llegan a ser diferencias significativas. Estos resultados sugieren que la supresión o negación de la hostilidad en sujetos Tipo A está asociada con un incremento en la reactividad cardiovascular” (Ortega, del Paso, Gustavo Adolfo Reyes, & Marfil, 1995, pp.65-88).

3.2. Diagnóstico y medición del patrón de conducta Tipo A

“En este artículo se presenta una nueva medida de la conducta Tipo A desarrollada con una población española. Se trata de una escala de ocho ítems que se ha aplicado a 647 sujetos (321 mujeres y 326 hombres). Analizamos la validez y fiabilidad de la escala mediante los coeficientes alfa y el análisis factorial, para demostrar su consistencia interna, así como su validez de constructo y criterial. El análisis factorial (componentes principales, rotación varimax) muestra una estructura de dos factores. El Factor 1 podría relacionarse con el estrés, mientras que el Factor 2 puede tener relación con la ambición laboral. El ítem 8 (expresión emocional) aparece aislado de esta estructura bifactorial.

“Presentation of the retiro type a behavior scle (Retabs). This paper presents a new measure of Type A behaviour developed with spanish population. The scale consists of eight items and has been applied to a sample of 647 subjects (321 females and 326 males). We analyze the reliability and validity of that scale by means of: alpha coefficients, factor analysis, etc.,

to demonstrate its internal consistency, construct validity and criterion-related validity. Factor analysis (principal components, varimax rotation) shows a two factors structure. Factor 1 could be related with stress, while factor 2 could be related with work ambition. Item 8 (emotional expresion) shows some isolation from this two factors structure.

“El patrón de conducta tipo A (PCTA) tiene su origen en la descripción de conductas, hecha por Friedman y Rosenman (1974), a partir de observaciones realizadas desde los años cincuenta. Estos autores suponen que el PCTA implica unas características de rasgo en la persona que, en interacción con ciertos acontecimientos ambientales, producen dichas conductas.

“Entre las características que incluye el PCTA están: competitividad, agresividad, irritabilidad, orientación al trabajo (work orientation), preocupación por los plazos, urgencia, etc. Desde el punto de vista físico, esto se traduce en una tensión general, habla explosiva, estado de alerta, ritmo acelerado e irritación, entre otras características (Cf. Friedman y Rosenman, 1974; Matthews, 1988, Citados por Rodríguez – Sutil, Gil – Corbacho, & Martínez Arias.

“Entre las escalas que han sido traducidas y utilizadas extensamente en nuestro país conviene citar la escala de Bortner (Bortner Rating Scale) (Bortner, 1969; cf. Flores y cols., 1985; Del Pino y cols., 1992), la escala tipo A de Framingham (Framingham Type A Scale) (Haynes et al., 1978; cf. Del Pino y cols., 1990; García Fernández-Abascal, 1994) y la prueba de Jenkins (Jenkins Activity Survey) (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1979; Cf.

García Fernández-Abascal, 1994, Citados por Rodríguez – Sutil, Gil – Corbacho, & Martínez Arias).

“Inspirándonos en las descripciones al uso hemos desarrollado una medida nueva (véase apéndice), con un número reducido de ítems, 8, y un tiempo de aplicación breve, alrededor de cinco minutos, cuyo objetivo principal es la detección (screening) del PCTA en grupos grandes. Tuvimos oportunidad de aplicar medidas psicológicas dentro de una amplia investigación sobre el papel de la alimentación, y otras variables, en los trastornos cardiovasculares que desarrolló durante el año 1991 el Dr. Gutiérrez, del Hospital Clínico de Madrid (Grupo de Estudio EPCUM, 1993), y cuya recogida de datos tuvo lugar en los Centros de Promoción de la Salud del Ayuntamiento, en la misma ciudad, donde los dos primeros firmantes desarrollamos nuestra labor principal. Esto nos permitió disponer de una muestra amplia.

“Son muchos los instrumentos que se han utilizado para medir el PCTA en los últimos veinte años, algunos de ellos, como señala Powell (1987), con niveles aceptables de fiabilidad y validez, otros, cuando menos, poseen buena fiabilidad aparente en la selección de sus ítems. Es importante, también, el criterio de adecuación que plantea esta autora para cualquier instrumento que mida el PCTA: ‘Una medida del Tipo A puede ser considerada como válida si se puede demostrar que está relacionada con otras medidas de PCTA validadas y si se puede demostrar que predice la aparición de un trastorno coronario’ (1987, p. 235). ‘La validez del PCTA para predecir los trastornos coronarios, no obstante, ha sido muy cuestionada en los últimos años’ (Cf. Miller et al., 1991, Citado por Rodríguez – Sutil, Gil – Corbacho, & Martínez Arias).

“Nosotros intentamos mostrar la validez de nuestro instrumento relacionándolo con los principales factores de riesgo que se consideraban en el estudio más amplio.

“Por otra parte, existe la previsión de repetir las medidas en el plazo de diez años, momento en el que podremos plantear la validación predictiva del instrumento.

Método

Sujetos

“Como decíamos, los datos de este estudio se insertan en una investigación más amplia realizada en el municipio de Madrid. La investigación general tenía por finalidad un estudio epidemiológico-descriptivo de composición de la dieta y factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares. La muestra fue seleccionada por muestreo aleatorio estratificado por las variables sexo y edad, ésta última con seis estratos y afijación óptima, teniendo en cuenta la varianza del estrato en un indicador global de riesgo obtenido en un estudio piloto anterior. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizó por muestreo aleatorio simple a partir de los datos del censo. Los sujetos fueron convocados por correo al Centro de Promoción de la Salud de su distrito (C.P.S., ahora denominados C.I.S.: Centros Integrados de Salud). La tasa de respuesta fue del 30%. Se enviaron nuevas cartas a los no asistentes, alcanzando un 40%. Los restantes sujetos fueron sustituidos por suplentes, seleccionados aleatoriamente al mismo tiempo que la muestra original. El total de los sujetos de la encuesta general fue de 1373 (con un error de aproximadamente 5%). De éstos fueron excluidos, para nuestro estudio, todos los sujetos con edades inferiores a 20

años. El número total de sujetos a los que se refiere el presente estudio fue de 647, 321 mujeres y 326 varones.

“La media de edad fue de 42 años y la mediana de 44, siendo la desviación típica de 12,35, con un rango entre 20 y 69 años.

Medidas

“El instrumento de medida utilizado fue la ERCTA, instrumento de ‘screening’ del PCTA, diseñado para esta investigación, constituida por 8 ítems de escala de respuesta graduada con 5 puntos, junto con un amplio cuestionario referido a la dieta de los sujetos, otros factores de riesgo comportamentales y variables sociodemográficas. En los CPS se realizaba además una analítica completa de los sujetos, contemplando los factores fisiológicos de riesgo en las enfermedades cardiovasculares.

Procedimiento

“Los sujetos fueron convocados mediante cartas a su domicilio, explicándoles la finalidad de la investigación y rogándoles acudiesen al CPS de su distrito, previa concertación de día y hora. Se les ofrecía un estudio exhaustivo de la composición de su dieta, así como los resultados de la analítica. En el Centro cumplimentaban los cuestionarios de forma individual con el médico o personal sanitario especializado.

Resultados

Distribución de puntuaciones

“La distribución de puntuaciones en la escala ERCTA para la población total, una vez eliminado el ítem 8 (por lo que la puntuación teórica de cada individuo puede oscilar entre 8 y 35) es aproximadamente normal, con una media de 24.36 que coincide con la mediana, 24.00, y una desviación típica igual a 3.81. Si consideramos, como en otros trabajos (Cf. Miller et al., 1991) que la proporción de PCTA en la población es de alrededor del 50%, podríamos señalar la puntuación de 24 como orientativa.

Análisis factorial

“La validez de constructo de la escala fue establecida por medio de un análisis de componentes principales con rotación varimax, utilizando el programa FACTOR del SPSS. En un primer análisis se obtuvieron 3 factores, siguiendo el criterio de Kaiser de autovalores mayores que 1. El conjunto de los tres factores explicaba el 62.9% de la varianza total. El tercer factor resultó ser un factor residual, prácticamente definido por el elemento 8 y con elementos que saturaban en los otros dos factores y por tanto de difícil interpretación. Se optó por una estructura con dos factores, que en conjunto explicaban el 50.2% de la varianza total.

“Esta solución se presenta en la tabla 1. Analizando las saturaciones de los ítems en los factores, éstos tienen una interpretación bastante clara. El primer factor puede definirse como tensión o estrés laboral y el segundo factor como nivel de ambiciones profesionales.

“Los análisis de elementos y el cálculo del coeficiente alpha de fiabilidad-consistencia interna, fueron realizados con el programa RELIABILITY del SPSS. Los índices de homogeneidad de los elementos alcanzaron valores altos (correlaciones ítem total con un

rango de .34 para el elemento 1 a .56 para el elemento 7), excepto el elemento 8 que como ya se ha visto en los resultados del análisis factorial, no es consistente con el resto de la escala. El coeficiente alpha, eliminado el elemento 8, alcanza el valor de .7325, que es un valor bastante elevado si tenemos en cuenta la reducida longitud de la escala.

<p><i>Tabla 1</i> Matriz factorial rotada. Varimax</p>		
	Factor 1	Factor 2
P1. Vivencia de estrés	.75880	-.16395
P2. Nivel de actividad	.59803	.19734
P3. Perfeccionismo	.44822	.43200
P4. Deseo de máximos niveles profesionales y/o sociales	.09054	.83839
P5. Nivel competitividad	.11861	.81900
P6. Sensación prisa, falta de tiempo	.78485	.11731
P7. Necesidad atención al trabajo	.65377	.36782
P8. Dificultad comunicar emociones	.18250	.09720

Correlaciones con indicadores de riesgo

“Puesto que las escalas de personalidad Tipo A se utilizan en el contexto de la aparición de enfermedades cardiovasculares, y esta escala en particular se aplicó dentro de un estudio epidemiológico analítico de la dieta y sus relaciones con factores de riesgo, se calcularon las correlaciones de las puntuaciones en los factores con algunos de los indicadores de riesgo de la encuesta, así como con un criterio combinado de riesgo (edad, sexo, colesterol, hipertensión, Quetelet, etc.), que clasifica a los sujetos en 7 niveles. En otros estudios basados en diseños caso-control, las puntuaciones se correlacionan con la enfermedad cardiovascular; en este estudio no fue posible, ya que muy pocos sujetos de la muestra habían tenido episodios de este tipo. Para las variables cuantitativas se calcularon correlaciones producto-momento y para las cualitativas, se calculó la razón de correlaciones

(eta), considerando como variable independiente el factor de riesgo y como variable dependiente las puntuaciones en los dos factores y en el total de la escala (eliminando el ítem 8).

Los resultados se presentan en las tablas 2 y 3.

“La única correlación estadísticamente significativa encontrada entre los factores y los indicadores cuantitativos de riesgo fue entre el factor 2 y la edad, con un valor negativo.

“Repetidos los análisis separadamente para los dos sexos, por si el sexo actuase como variable moduladora, encontramos unos resultados similares.

“Los resultados con los indicadores cualitativos (riesgo global y sexo) se presentan en la tabla 3.

<p><i>Tabla 2</i> Correlaciones producto-momento entre los factores del cuestionario y diversos índices de riesgo cardiovascular.</p>					
Factores	Edad	Índices de riesgo cardiovascular			
		Hiper-tensión	Años fumador	Quetelet	Kcal
Factor 1	.04	.01	.01	-.05	.03
Factor 2	-.13*	-.01	.02	-.06	.06
P. Total	-.10*	.01	.01	-.06	.05

<i>Tabla 3</i> Medias, desviaciones típicas y razón de correlación (eta) de los factores según la clasificación en indicadores cualitativos						
3 a. Tipo A y riesgo de enfermedad cardiovascular						
	Factor 1		Factor 2		Factor	
Riesgo	M	SD	M	SD	M	SD
Level1	17.78	2.86	10.35	1.98	24.56	3.85
Level2	17.82	3.54	9.65	2.60	24.11	5.03
Level3	17.79	2.80	10.55	1.98	24.75	3.55
Level4	17.57	2.96	9.63	2.20	23.75	4.04
Level5	17.96	2.71	10.11	1.89	24.56	3.63
Level6	17.65	2.54	9.90	1.95	23.97	3.35
Level7	17.97	2.88	10.31	1.72	24.61	3.99
F 6,640	0.2256		3.1473		0.9331	
Significación	0.9685 (n.s.)		0.0048 (p<.01)		0.4564 (n.s.)	
Eta	0.0439		0.1693		0.0941	
3 b. Conducta Tipo A y sexo						
	Factor 1		Factor 2		Factor	
Sexo	M	SD	M	SD	M	SD
Hombres	17.87	2.74	10.52	1.57	24.82	4.25
Mujeres	17.70	3.06	9.69	2.33	23.90	4.25
F 1,645	0.5557		28.1236		9.0480	
Significación	0.4563 (n.s.)		0.0000 (p<.01)		0.0027 (p<.01)	
Eta	0.0293		0.2044		0.1176	

“Aparecen relaciones significativas entre el factor 2 y los indicadores cualitativos, hallándose un $\eta^2=0.1693$ entre éste y los niveles de riesgo y de $.2044$ con el sexo. Con la variable sexo también muestra una correlación significativa la puntuación total ($\eta^2=0.1176$). La relación encontrada con riesgo global es difícil de interpretar; con respecto al sexo, puede observarse en la tabla cómo los varones puntúan más alto que las mujeres.

Discusión y conclusiones

“Los resultados de la matriz factorial nos hacen pensar que el PCTA responde a dos variables principales, a las que hemos denominado: tensión o estrés laboral y nivel de ambición profesional. Estos dos componentes son semejantes a ‘presión competitiva’ (competitive drive) e ‘impaciencia’ (impatience) que, según Matthews (1982), son los dos únicos componentes que se asocian con la aparición posterior de trastornos cardíacos, con la escala de Framingham, de un total de cinco factores.

“En nuestra escala el elemento 8 –dificultad para expresar las emociones- se queda aislado de la estructura, fenómeno que ya ha sido descrito con anterioridad en otras escalas (Cf. del Pino et al., 1992), por lo que parecería conveniente eliminarlo.

“Una de las conclusiones generales que podemos alcanzar es que, como señalan varios autores (Powell, 1987; Matthews, 1988; Miller et al., 1991, entre otros), es preciso separar los componentes del PCTA en orden a realizar una predicción más precisa de la aparición de trastornos cardiovasculares en la población estudiada.

“Respecto a la ERCTA hemos separado dos factores (estrés y ambición) cuyo comportamiento es claramente diferente en cuanto a su relación con otros factores de riesgo.

“Ninguno de ellos puede ser identificado con la hostilidad que se incluye en la mayoría de los estudios, aunque suponemos que la ambición (nuestro Factor 2) se halla conceptualmente relacionado y, tal vez por ello, pueda ser hipotetizado como un mejor

predictor de trastorno cardiovascular (Rodríguez-Sutil, Gil-Corbacho, & Martínez Arias, 1996, pp. 207-213).

“Los resultados hallados en la presente investigación muestran la existencia del patrón de conducta tipo A en la población estudiada y de diferencias en cuanto a la clase socio-económica (alta, media y baja) y sus diferentes niveles de relación con la variable género.

“En líneas generales, la primera gran conclusión que podemos plantear con los resultados es que en relación al género no se presentan diferencias significativas en las puntuaciones del MYTH entre niños y niñas en el conjunto de la muestra, a diferencia de los estudios hechos en Estados Unidos (Matthews y Angulo, 1980) y en España (Del Pino y Pérez, 1993), en los que se encontró que los niños puntuaban más que las niñas en los subfactores Agresión e Impaciencia del MYTH. Por otro lado, en relación con el nivel socioeconómico encontramos, igual que Thorensen y Patillo (1988), que en los cuatro subfactores del MYTH puntuaban siempre más alto los niños y niñas de clase alta y media en comparación a la clase baja. No obstante, los resultados más interesantes del estudio, en nuestra opinión, fueron las diferencias encontradas en tres de las subescalas del MYTH (Agresividad, Competencia e Impaciencia) entre niñas de clase alta y de clase media con relación a las niñas de clase baja, que tuvieron siempre puntuaciones más bajas. Estas diferencias podrían llevarnos a pensar que el rol de género que plantea tradicionalmente que las niñas tienen que ser más suaves, tiernas y delicadas que los niños y desarrollar actividades que no impliquen lucha, pueden ser un concepto del pasado en el estrato alto y parcialmente en el estrato medio, donde éstas son vistas como fuertes, agresivas y líderes; mientras, en la clase baja los patrones de conducta tradicionalmente femeninos seguirían vigentes, posiblemente

resultado de modelos familiares y educativos poco competitivos y con esquemas tradicionales de cómo se tienen que comportar niños y niñas. La clase baja fue el único de los estratos donde siempre los niños puntuaron más que las niñas en las puntuaciones del MYTH.

“Al respecto, Ardila (1986), en su libro sobre la psicología del hombre colombiano, al referirse a los roles de género en los estratos bajos de la cultura andina, plantea que ‘en los niños se refuerza el comportamiento brusco en el hombre y se castiga en la mujer’.

“La iniciativa y la asertividad también se valoran si la expresa un varón y mucho menos su parte en la niña’ (p. 125). La antropóloga Gutiérrez de Pineda (1963, 1965, 1975) en sus diferentes obras sobre la familia en Colombia planteaba que en la subcultura andina de la montaña, de donde es nuestra muestra antioqueña de Medellín, las niñas crecen en un ambiente donde la madre tiene un alto estatus familiar. El hecho que más del 80% de las madres de las niñas de la muestra de clase alta desempeñaran cargos ejecutivos, mientras que las madres de las niñas de la muestra de clase baja desempeñaran oficios poco calificados, podrían llevarnos a asumir la hipótesis de que los principios de refuerzo y modelado, entendido éste como un refuerzo vicario que incluye tanto la observación como la imitación, representaron el fundamento teórico del desarrollo del patrón de conducta tipo A en la infancia, lo cual no excluye obviamente que otros procesos independientes o interdependientes se desarrollen posteriormente. Al respecto, Forgays (1996) encontró en una investigación con 940 adolescentes que aquellos que tenían padres con características de tipo A tendían también a puntuar más alto en la medición del patrón tipo A en comparación a adolescentes con padres sin este patrón conductual definido.

“Para terminar, es importante resaltar que los resultados de esta investigación pueden servir de base a futuros proyectos en el área donde se deberá estudiar longitudinalmente la estabilidad del patrón de conducta tipo A, tanto en niños como en niñas, prestando particular atención al subfactor Agresividad del MYTH, un componente central de las variables ira y hostilidad que han sido fuertemente asociados en la literatura a la enfermedad coronaria (véase Sandín, 2002)”. (Vinaccia, Alzate, & Tobon, 2005, pp. 471-484).

Resumen

“Para determinar la correlación entre las pruebas psicométricas que utiliza el método de enfoque sistémico de evaluación del estrés, así como la estructura factorial entre estas, se realizó el análisis de los registros psicométricos de 114 sujetos sometidos a estrés, que incluyeron: test de actividad nerviosa superior de Strelau, inventario de personalidad de Eysenck, patrón de conducta tipo A, ansiedad rasgo-estado de Spielberger y vulnerabilidad al estrés de Miller y Smith. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y el análisis de componentes principales con el método de rotación Varimax con Kaiser. Se encontró la existencia de correlaciones significativas entre la mayor parte de las pruebas analizadas, lo que se atribuyó a la medición de similares procesos psicológicos con diferentes instrumentos. Además, se precisó la existencia de una estructura bifactorial, con un primer factor relacionado con la inhibición, neuroticismo y ansiedad rasgo-estado, y un segundo factor relacionado con la excitación y la movilidad. Existió concordancia de los resultados con los criterios de evaluación del método de enfoque sistémico de evaluación del estrés.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Diccionario de Términos de Psiquiatría y Salud Mental al definir al estrés, plantea que: ‘este término es empleado de manera intercambiable para describir, varios estímulos aversivos de excesiva intensidad, la respuesta fisiológica, conductual y subjetiva a los mismos, el contexto que media el encuentro entre el individuo y el estímulo estresor, o todo lo anterior como un sistema’. Señala que evidentemente el término está sobrecargado y recomienda su uso con cautela, sin embargo, la medicina actual acepta sin reservas, lo que ha sido parte del folcklor por mucho tiempo, que el estrés causa enfermedad. Esto enmarca la importancia de un tema al que cada vez se le añaden nuevas aristas y se profundiza en otras, más conocidas por las ciencias médicas.

“Prácticamente, todos los individuos experimentan eventos o situaciones que ponen a prueba sus mecanismos de afrontamiento y son diversos los factores que influyen en la vulnerabilidad al estrés. Los factores genéticos, la edad, la personalidad, vinculación social, factores laborales y del hogar, son entre otros, aspectos considerados dentro de la evaluación de esta susceptibilidad.

“Para acceder a aquellas características psicológicas del sujeto, que influyen en su vulnerabilidad al estrés, el método del enfoque sistémico (Estévez M. Enfoque sistémico del estrés. Hospital Militar Central ‘Dr. Carlos J. Finlay’, La Habana, 1996. 18-22, Citados por Quevedo Fonseca, Amaro Chelala, & Iglesias Alfonso) emplea una batería de pruebas psicométricas básicas, que se acercan a esta desde varios puntos de vista -teniendo en cuenta las funciones psicológicas que miden- e incluye: actividad nerviosa superior (Strelau J), el inventario de personalidad (Eysenck HJ), patrón de conducta tipo A, ansiedad rasgo-

estado (Spielberger ChD) y vulnerabilidad al estrés (Miller y Smith, Citados por Quevedo Fonseca, Amaro Chelala, & Iglesias Alfonso).

“Esta combinación de pruebas psicológicas responde a los presupuestos teóricos del método (Estévez M. Obra citada) y en su empleo han sido evaluados gran número de sujetos. Este trabajo pretendió conocer las relaciones y estructura entre las pruebas y subtest, que conforman esta batería de evaluación en un grupo de sujetos sometidos a estrés.

Métodos

“Se utilizaron los estudios psicométricos realizados a 114 sujetos sometidos a condiciones laborales estresógenas.

“Las puntuaciones de las respuestas para cada ítem de cada prueba fueron almacenadas en bases de datos, donde se obtuvieron los resultados numéricos correspondientes para las pruebas y subtests siguientes:

“1. Test de actividad nerviosa superior de Strelau.

a) Excitación

b) Inhibición

c) Movilidad

2. Inventario de personalidad de Eysenck.

a) Extroversión-introversión

b) Neuroticismo

3. Cuestionario de ansiedad rasgo-estado.

- a) Ansiedad como rasgo
- b) Ansiedad como estado
- 4. Patrón A de conducta.
- 5. Vulnerabilidad al estrés.

“Con los resultados de los subtests en los 3 primeros casos y toda la prueba, en los siguientes, se conformaron variables para el análisis estadístico. En el caso del test de actividad nerviosa superior, no se utilizó el equilibrio, ya que es un cociente entre la excitación y la inhibición.

“Para correlacionar las pruebas se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. En la búsqueda de factores se utilizó el análisis factorial, según el método de componentes principales y rotación con el método normalización Varimax con Kaiser. Ambas pruebas estadísticas, con el uso del paquete estadístico SPSS (versión 9) para Windows.

Resultados

“Los resultados del análisis de correlación mostraron la existencia de relación estadísticamente significativa entre la mayor parte de las pruebas y subtest analizados, tanto al nivel 0,05 como 0,01. No se evidenció correlación de la extroversión con la inhibición, el neuroticismo y patrón de conducta tipo A. Este último tampoco mostró relación con la excitación, movilidad y vulnerabilidad al estrés (tabla 1).

Tabla 1. Matriz de correlaciones entre las variables estudiadas

Tabla 1. Matriz de correlaciones entre las variables estudiadas

	Excit.	Inhib.	Movilidad.	Neurot.	Extrov.	Ans-r	Ans-e	PA
Excitación								
Inhibición	0,443**							
Movilidad	0,726**	0,351**						
Neuroticismo	-0,450**	-0,484**	-0,314**					
Extroversión	0,453**	0,087	0,390**	-0,166				
Ansiedad-rasgo	-0,417**	-0,506**	-0,323**	0,732**	-0,343**			
Ansiedad-estado	-0,222*	-0,451**	-0,198*	0,539**	-0,203*	0,683**		
Patrón A	0,109	-0,441**	0,147	0,277**	0,083	0,204*	0,249**	
Vulnerabilidad	-0,419**	-0,347**	-0,313**	0,418**	-0,249**	0,469**	0,442**	0,102

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

“Con el análisis factorial fueron extraídos 2 componentes (tabla 2) que explican el 62,8 % de la varianza total de las variables analizadas; el primer factor, una vez realizada la rotación, explica el 35,25 % de la varianza y el segundo, el 27,54 %.

Tabla 2. Varianza total explicada, según el análisis de componentes principales

Componentes	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,895	38,949	38,949	3,526	35,255	35,255
2	2,385	23,851	62,800	2,754	27,544	62,800

“Los componentes extraídos (tabla 3) mostraron los valores más altos en las correlaciones parciales. En el primero, con la inhibición, neuroticismo y ambos indicadores de ansiedad, y en el segundo, con la excitación y la movilidad. Al primer componente se denominó tendencia al desarrollo de síntomas y al segundo, excitabilidad del sistema nervioso.

Tabla 3. Matriz de componentes rotados

Variables	Componentes	
	1	2
Excitación	-,370	,812*
Inhibición	-,822*	-4,196E-02
Movilidad	-,297	,727*
Neuroticismo	-.759*	-,247
Extroversión	-,184	,615
Ansiedad-rasgo	,802*	-,279
Ansiedad-estado	-.762*	-7,571E-02
Patrón A	,563	,497
Vulnerabilidad	,551	-,365

* Significativo > |0,71|

Discusión

“Se evidenció la existencia de marcadas correlaciones bilaterales entre la mayor parte de las variables estudiadas, tanto en relaciones positivas como negativas. Se consideró que los procesos y características psíquicas evaluadas con esta batería expresan diferentes aspectos, íntimamente relacionados con el fenómeno psicológico. Se coincidió con los planteamientos básicos de Strelau y de Eysenck (Estévez M.) al observarse una significativa relación negativa entre la fortaleza de los procesos de excitación, inhibición y movilidad con el neuroticismo; la relación positiva del índice de extroversión-introversión,

con la excitación y la movilidad. Se expresa también, concordancia con las valoraciones de estos autores sobre la fundamentación de la definición de dichos índices, tomados como criterios en la evaluación psicológica de pacientes sometidos a estrés. Además, los indicadores de ansiedad mostraron relación positiva, estadísticamente significativa, con el neuroticismo, el patrón de conducta tipo A y la vulnerabilidad al estrés, utilizados como criterios en la decisión diagnóstica de estrés (Estévez M. Citado por Quevedo Fonseca, Amaro Chelala, & Iglesias Alfonso).

“Llamó la atención la ausencia de relación entre la vulnerabilidad al estrés y el patrón de conducta tipo A, considerando que los individuos con conducta tipo A son más susceptibles al estrés. Se consideró atribuible a las características internas de estas pruebas y los ítems que cada una evalúa.

“En las variables analizadas se detectó una estructura bifactorial. Las correlaciones parciales de los factores extraídos con cada una de ellas, mostraron, en el primer factor, que explicó el 35,25 % de la varianza total, una marcada correlación negativa con la inhibición, y positiva con el neuroticismo y la ansiedad rasgo-estado, que significó el peso de estos indicadores en la evaluación de pacientes sometidos a estrés. El segundo factor -explicó el 27,54 % de la varianza-, se relacionó positivamente con la excitación y la movilidad, señalando a 2 indicadores, también relevantes en la evaluación de estos pacientes.

“En conclusión, existió correlación estadísticamente significativa entre la mayor parte de los indicadores que evalúa la batería de pruebas psicológicas del método del enfoque sistémico. Se determinó la existencia de una estructura bifactorial entre las pruebas que

utiliza la batería. Se precisaron 2 componentes a los que se denominaron tendencia al desarrollo de síntomas y excitabilidad del sistema nervioso. Además, es de señalar que las correlaciones existentes coinciden con los criterios diagnósticos utilizados mediante este método de evaluación.

Summary

“In order to determine the correlation between the psychometric tests used by the method for the systemic approach of stress evaluation, as well as the factor structure among them, it was made an analysis of the psychometric registries of 114 individuals exposed to stress that included: upper nervous activity test of Strelau, personality inventory of Eysenck, type A conduct pattern, trait-state anxiety of Spielberg and vulnerability to stress of Miller and Smith. The correlation coefficient of Pearson and the analysis of main components with the Varimax rotation method with Kaiser were used. Significant correlations were found between most of the analyzed tests, which was attributed to the measurement of similar psychological processes with different instruments. Besides, it was determined the existence of a bifactor structure with a first factor connected with inhibition, neuroticism and trait-state anxiety. The second factor was related to excitation and mobility. There was concordance between the results and the evaluation criteria of the method for the systemic approach of stress evaluation”. (Quevedo Fonseca, Amaro Chelala, & Iglesias Alfonso, 2002, pp. 23-27).

“Es un constructo psicológico útil a propósitos epidemiológicos propuesto por los cardiólogos Friedman & Rosenman, referido a un conjunto de comportamientos de

impaciencia, competitividad, sobrecarga, dependencia social, pérdida de control, hostilidad, entre los más importantes.

“En un estudio devenido clásico fue analizada una muestra de 3.500 pacientes encontrándose una relación entre PCTA y enfermedades coronarias (Friedman & Rosenman 1976). El PCTA estaría constituido por 5 dimensiones: (a) componentes formales como alto volumen de voz, rapidez al hablar, evidente actividad psicomotora, (b) conducta manifiesta expresada en urgencia en el tiempo, velocidad, hiperactividad, (c) aspectos motivacionales, descritos como motivación de logro, éxito y ambición, competitividad, (d) actitudes y emociones que incluyen hostilidad, ira, impaciencia y agresividad, y (e) aspectos cognitivos como necesidad de control ambiental y estilo atribucional interno (Peñate, 2003, Citado por Moyano Díaz et al).

“La reactividad psicofisiológica se ha convertido en un aspecto relevante en la relación del PCTA y el riesgo coronario, ya que el daño arterial se produce debido a que quienes tienen PCTA responden habitualmente a las demandas del entorno, aumentando la actividad del sistema nervioso simpático de modo que su constante sobrecarga de actividad, se cree puede precipitar un evento cardiovascular (Fernández-Abascal, Martín & Domínguez, 2003, Citados por Moyano Díaz et al).

“Moyano, Icaza, Mujica, Núñez, Leiva, Vásquez & Palomo, Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 43 N o 3 pp. 443-453 2011 ISSN 0120-0534. En Estados Unidos de América, el Nacional Institute for Heart, Lung and Blood reunió un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales y reconoció el PCTA como un factor

de riesgo independiente en el desarrollo de trastornos coronarios, con una magnitud de riesgo asociado similar a cualquiera de los factores tradicionales, entre ellos la presión sistólica, el tabaquismo y el colesterol sanguíneo (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, en FernándezAbascal, Martín & Domínguez, 2003). Beneit (1995) resumiendo numerosa investigación sobre PCTA señala que las personas con este patrón muestran una tasa de enfermedad coronaria seis veces superior a las no A y desarrollan más arterioesclerosis medida en angiografías y autopsias. El PCTA se distribuye en algunos estudios de modo semejante entre hombres y mujeres, y entre éstas se observa más en quienes trabajan fuera de casa que en amas de casa.

“Se ha observado que las mujeres sufren menos infartos que los hombres pero cuando los sufren invariablemente se trata de mujeres con PCTA (Friedman, 1996). En la actualidad la relación PCTA y las diversas variantes de ECV ha sido constantemente confirmada, sin embargo su capacidad predictiva como factor de riesgo no ha sido identificada por sí sola, sino más bien como un determinante de ciertas conductas y estados que sí afectan el riesgo cardiovascular tales como la ira, la hostilidad, agresión y estrés (Sparagon, Friedman, Breall, Goodwin, Fleischmann & Ghandour, 2001). Las mujeres tienen mayor nivel de hostilidad encubierta, irritabilidad y dependencia que los hombres, quienes muestran mayor agresividad instrumental y ataque (Kopper, 1993). Resulta difícil así aislar los efectos eventuales del PCTA de otras variables tales como la ira y el estrés, por estar éstas íntimamente ligadas a aquel. Algunos autores han planteado que son solo algunos componentes o dimensiones del PCTA los que constituyen riesgo cardiovascular, y que incluso otras de sus dimensiones actuarían como protectores frente a la ECV.

“Particularmente, se propone que existiría un patrón conductual basado en la hostilidad como dimensión del PCTA, arguyéndose que ésta sería más dañina o nociva para el riesgo coronario que los otros componentes del PCTA” (Iacovella & Troglia, 2003), (Moyano Díaz et al., 2011, pp.443-453).

3.3. Tratamientos para intervenir el patrón de conducta Tipo A

“El patrón de conducta Tipo A es un constructo epidemiológico que surge de las observaciones de Friedman y Rosenman sobre la conducta de sus pacientes cardíacos durante los años cincuenta (Matthews, 1982). La introducción del concepto por Friedman y Rosenman inicia un debate que ha sido de los más prominentes y controvertidos en el estudio psicológico de la enfermedad coronaria (Byrne, 1987). En 1981 el National Institute for Heart, Lung and Blood, de los Estados Unidos, reunió un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales, y aceptó el Tipo A como un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios, con el mismo orden de magnitud que el riesgo asociado a cualquiera de los factores tradicionales, tales como la presión sistólica, el tabaco o el nivel de colesterol en suero (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981, Citado por Fernández – Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez).

“Este patrón se concibe actualmente con un perfil multidimensional constituido por factores de diversa naturaleza. En esencia está constituido por componentes formales –voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, gesticulación y otros manierismos típicos–, conductas abiertas o manifiestas –urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e

implicación en el trabajo–, aspectos motivacionales –motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición–, actitudes y emociones –hostilidad, impaciencia, ira y agresividad– y aspectos cognitivos –necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico.

“Haciendo una revisión de los resultados de los tres principales estudios prospectivos, los datos llevan a la confirmación del patrón de conducta Tipo A como un factor de riesgo de trastornos coronarios. Así, en el primer estudio prospectivo diseñado para examinar el riesgo coronario del Tipo A, el Western Collaborative Group Study (WCGS), con un seguimiento de 3.154 hombres sin trastornos coronarios (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss y Wurm, 1975), los datos al final de 8,5 años de seguimiento mostraron que los que presentaban este patrón de conducta valorado con la ‘Entrevista Estructurada’ tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar un trastorno coronario comparados con los que presentaron un patrón de conducta Tipo B. En el ‘Framingham Study of Coronary Risk’, a los 8 años de seguimiento de 1.674 individuos (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980), se encuentra una incidencia significativa del Tipo A valorado con la ‘Escala Framingham’ y enfermedad coronaria. En un tercer gran estudio, el ‘Belgian-French Pooling Project’ (1984), usando la escala ‘Bortner’ para valorar Tipo A, se encontró el doble de incidencia de trastornos coronarios en las personas situadas en el último cuarto de la escala, comparadas con las que estaban en el primer cuarto.

“Hemos de indicar que no todos los estudios han sido positivos en sus predicciones con respecto a este patrón de conducta. Por ejemplo, en el ‘Multiple Risk Factor Intervention Trial’, con una población de 12.700 hombres libres de trastornos coronarios al comienzo

del estudio, tras un promedio de 7 años de seguimiento, el patrón de conducta Tipo A valorado con la ‘Entrevista Estructurada’ e ‘Inventario de Actividad de Jenkins’ no estuvo relacionado con la incidencia de enfermedad coronaria” (Shekelle, Hulley, Neaton, Billings, Borhani, Gerace, Jaobs, Lasser, Mittelmark y Stamler, 1985, Citados por Fernández – Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez).

“Pero si bien la relación entre Tipo A y trastornos coronarios parece generalmente aceptada, los mecanismos que los unen no han sido del todo definidos (Lane, White y Williams, 1984 Citados por Fernández – Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez), existiendo varias líneas de trabajo que intentan encontrar un nexo entre ambos.

“Uno de los aspectos más importantes del Tipo A es la reactividad psicofisiológica, que contribuye al daño arterial, las personas Tipo A tienden a responder al medio ambiente de tal forma que aumentan los niveles de actividad de su sistema nervioso simpático.

“Esta persistente sobre actividad puede precipitar el desarrollo de trastornos cardiovasculares, ya que contribuye al daño arterial con el aumento de los depósitos de placas de colesterol. La hiperreactividad ha sido estudiada como un mediador entre el Tipo A y la realización de tareas (Ganster, Schaubroeck, Sime y Mayes, 1991, Citados por Fernández – Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez).

“Un apunte importante es la interacción entre persona y situación que se produce en el Tipo A, de tal manera que las diferencias entre Tipo A y B son más pronunciadas bajo circunstancias particulares desafiantes. Las conclusiones del meta análisis de Suls y Wan

(1989) apuntan en esta dirección, encuentran consistentemente una alta reactividad en presión sistólica en los individuos Tipo A.

“Otra línea de trabajo investiga los componentes específicos del gran constructo de Tipo A que están relacionados con enfermedad coronaria. Pioneros en estas investigaciones Matthews, Glass, Rosenman y Bortner (1977) analizaron factorialmente las puntuaciones de la ‘Entrevista Estructurada’ obtenidas en el WCGS y encontraron cinco factores, representando cada uno de ellos un patrón de características diferentes. Los análisis posteriores de las características individuales revelaron que la hostilidad y ciertos estilos de voz fueron los más predictivos de enfermedad coronaria.

“El patrón de conducta Tipo A es uno de los factores de riesgo cardiovascular que más atención ha recibido. La investigación en este ámbito se ha centrado en la evaluación de la eficacia de programas multicomponente dirigidos a modificar, preventivamente o en un marco rehabilitador, este perfil de personalidad” (Thoresen y Powell, 1992; Levine, 1994, Citados por Fernández – Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez).

“En general, la intervención supone la alteración de los elicitadores ambientales del patrón de conducta, así como la modificación de los mecanismos de autorregulación que lo caracterizan (Friedman, Thorensen, Gill, Ulmer, Thompson, Powell, Price Elek, Rabin, Breall, Piaget, Dixon, Bourg, Levy y Tasto, 1982; Suinn, 1982; Chesney, Frautschi y Rosenman, 1985). Aunque también se ha utilizado psicoterapia dinámica y de apoyo, la intervención más extendida es la basada en la terapia de conducta. De hecho, esta última ha demostrado mayor efectividad en la modificación del Tipo A (Suinn, 1982). Desde un

esquema cognitivoconductual se han empleado técnicas de autocontrol y autoinstrucciones con el fin de modificar tanto la atención selectiva como los errores atribucionales que contribuyen a la disregulación del patrón de conducta Tipo A (Friedman y cols., 1982). En la misma línea, mediante relajación y biofeedback, se ha tratado de aumentar la conciencia del paciente sobre los síntomas de tensión, fatiga e incomodidad, tratando de convertir éstos en señales para reducir el nivel de activación (Yarian, 1976; Suinn y Bloom, 1978). Este tipo de intervención se complementa con contratos conductuales en los que se especifican las metas a conseguir y los refuerzos asociados a la introducción de cambios en la forma de pensar o actuar (Friedman y cols., 1982). En general, estas y otras técnicas cognitivo-conductuales se han articulado en programas de intervención multicomponente (Jenni y Wollersheim, 1979; Friedman y cols., 1982; Friedman, Ulmer, Brown, Breall y Dixon, 1986; Roskies, Seraganian, Oseashon, Hanley y Collu, 1986; Friedman, Thorensen, Gill, Ulmer, Price, Gill, Thompson, Rabin, Brown, Levy y Bourg, 1987, Citados por Fernández – Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez).

“A este respecto, un meta análisis de los estudios que presentan un control adecuado muestra que los pacientes que siguen tratamientos psicológicos reducen en media desviación estándar su puntuación Tipo A, produciéndose entre ellos un 50% menos de episodios coronarios durante los tres años siguientes a la intervención (Nunes, Frank y Kornfeld, 1987). Además, este trabajo evidencia que la eficacia del tratamiento psicológico no se debe a la alteración de otros factores de riesgo (tabaco, hipertensión, colesterol), sino a la modificación directa del patrón de conducta Tipo A.

“Asimismo, del trabajo de Nunes y cols. (1987) se concluye que la intervención más eficaz es la de carácter multifactorial, concretamente aquella que incluye entre sus componentes: a) un protocolo formativo o educacional sobre patología coronaria y sus factores de riesgo, incluido el Tipo A; b) entrenamiento en estrategias de afrontamiento (relajación o reestructuración cognitiva); y c) la aplicación de métodos conductuales (ensayo en imaginación, roleplaying) dirigidos a desarrollar formas de afrontamiento alternativas a las manifestadas por el Tipo A.

“En la medida en que la conducta Tipo A actúa como un mecanismo de defensa frente a sentimientos de inseguridad y desánimo (Friedman y Rosenman, 1974; Price, 1982), su modificación puede generar síntomas depresivos, que deben ser tenidos en cuenta, y cuyo tratamiento debe ser incorporado al programa de intervención” (Fernández-Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez, 2003, pp. 615-630).

“La evolución de la medicina, su desarrollo tecnológico, el abordaje farmacológico y quirúrgico, nos han demostrado avances cada vez más maravillosos, sin embargo, las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud auguran un liderazgo en la enfermedad coronaria como causa de muerte.

“Junto con las evidencias de factores biomédicos de riesgo que han sido relacionados con la cardiopatía coronaria (como la hipertensión, el colesterol, o la diabetes mellitus), también, se ha investigado la posibilidad de que factores psicológicos y ambientales puedan incidir en esta enfermedad. En las últimas décadas, la importancia de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la coronariopatía y en la prevalencia de vida de la persona

coronaria ha ido ganando terreno, por lo menos desde algunas perspectivas teóricas de la enfermedad.

“La aplicación del modelo biopsicosocial permite una mayor comprensión del desorden patológico coronario, facilitando una rehabilitación integral de la persona afectada. Pero, al mismo tiempo, alienta a un desarrollo más amplio de la prevención primaria de esta enfermedad.

“Si bien la relación entre los factores emocionales y conductuales y las enfermedades han sido contemplados desde un primer momento en la medicina, tanto occidental como oriental, las investigaciones sobre los factores psicológicos concurrentes en la enfermedad coronaria deben centrarse en los últimos cuarenta años. Esto se debe no solo a un cambio de mirada en la relación entre medicina y salud, sino al desarrollo de la metodología de investigación.

“El estudio pionero sobre la incidencia de factores psicológicos de riesgo en la enfermedad coronaria fue la realizada en 1959 por los cardiólogos Friedman y Rosenman, dando como resultado la formulación de un patrón de comportamiento asociado con los trastornos cardiovasculares: el Patrón de Conducta Tipo A.

“El Patrón de Conducta Tipo A define a aquellas personas que presentan una respuesta autonómica al estrés, por la activación del Sistema Simpático Adrenal; y que son las más propensas a padecer enfermedades cardiovasculares. En términos generales, los rasgos

psicológicos que lo caracterizan son: hostilidad, impaciencia, competitividad, alta necesidad de control e indefensión.

“Desde las primeras investigaciones, la hostilidad ha sido considerada un componente tóxico esencial de la personalidad coronaria. Diferentes investigadores han sostenido la tesis de que las personas hostiles están más propensas a desarrollar enfermedad coronaria. También se ha establecido que las situaciones de ira precipitan episodios cardíacos.

“A finales de la década del '90, Denollet y Brutsaert han propuesto un nuevo tipo de personalidad asociada a patologías coronarias: la personalidad tipo D que se define, básicamente, por la interacción de afectividad negativa e inhibición social. La conducta observada bajo este patrón es la tendencia a suprimir, reprimir y contener el distrés emocional. El estrés negativo (distrés) ha sido objeto de estudios que lo vinculan con la patología coronaria. En la medida en que influye en las funciones somáticas, volviendo al organismo más vulnerable a la enfermedad, el distrés actuaría como desencadenante, de modo activo y agudo, de eventos cardíacos.

“Con respecto a los causantes sociales de la enfermedad, en principio, habría que considerar que cualquier evento en que las demandas del ambiente agotan y/o exceden los recursos adaptativos de una persona, se desarrolla un proceso de estrés negativo. Los estresores cotidianos son las pequeñas amenazas rutinarias que exigen poco esfuerzo para su superación y que solo constituyen factores de riesgo en virtud de la asociación entre varios de estos agentes, y su acumulación. Éste es el caso de la interacción laboral.

“En los últimos tiempos, las catástrofes naturales y artificiales han llevado a considerar muy detalladamente acontecimientos de especial relevancia y que se perciben como incontrolables para todos. Por ejemplo, la guerra, las crisis económicas y sociales, los atentados terroristas de gran magnitud y las devastaciones de los tsunamis, terremotos y huracanes.

“El estrés social, el estrés laboral, la interacción con los otros, y, en general, los cambios sociales, impactan en la salud. Dentro de los factores sociales que los investigadores han considerado de mayor influencia se destacan los niveles socioeconómicos y la situación laboral.

“Algunos estudios de población han corroborado la influencia de factores socioeconómicos en la salud. La relación que se puede establecer sería la siguiente: a menores niveles en el estatus económico, mayor riesgo de enfermedad. Esta hipótesis incluye una pobre nutrición (generalmente excesiva en sus niveles lipídicos), un mínimo de cuidados médicos y una mayor carga infecciosa.

“El estrés laboral es resultado de diferentes elementos. El avance tecnológico trajo como consecuencia que el trabajo artesanal, creativo (fuente de estrés positivo) haya sido reemplazado por un trabajo mecanizado, automatizado, de ritmo muy veloz que, si bien, posiblemente, provoca una menor fatiga física, ocasiona estrés negativo en virtud de una mayor estimulación psicológica e intelectual. Al mismo tiempo, la situación social, como trasfondo, y, explícitamente, la demanda de las organizaciones de trabajo, exigen a las personas un equilibrio aparente que permita soportar todo tipo de presiones sin posibilidad

de protesta. Esta situación potencia el estrés negativo y conduce a la adquisición y adherencia a hábitos nocivos (tabaquismo, alcohol, desórdenes alimentarios, etc.) de riesgo coronario que son percibidos como una ‘salida’ o alivio momentáneo de estas situaciones.

“Los factores emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, causados tanto por circunstancias personales como sociales, son objeto de investigación y de observación clínica, frecuentemente señalados como factores de desarrollo de la enfermedad coronaria, determinantes en la adherencia y resultados de los tratamientos médicos, farmacológicos y quirúrgicos, obstáculos a considerar en la rehabilitación.

“Actualmente, está en proceso de estudio la relación beneficiosa entre el buen uso de las emociones positivas (característica básica de la personalidad resiliente) y la salud cardiovascular.

“Ante el alarmante crecimiento de la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad (a pesar de los avances médicos en diagnóstico y tratamiento, tecnológicas y genéticas) se vuelve necesario insistir en la consideración de la enfermedad coronaria como una enfermedad de un estilo de vida. Un estilo de vida que debe ser modificado, suprimiendo hábitos nocivos y reemplazándolos por hábitos cardiosaludables. Este cambio de vida, generalmente muy resistido, es fundamental en la prevención de la enfermedad y necesario en la rehabilitación. Es aquí donde la terapia psicocardiológica encuentra su anclaje y su importancia.

Los factores psicológicos de la enfermedad coronaria

Estrés y personalidad coronaria

“Siguiendo a Lazarus creemos que lo más conveniente es reunir bajo un mismo concepto de estrés los estímulos que provocan las reacciones, las reacciones en sí mismas y los procesos involucrados en las respuestas. Y definir al estrés en referencia a cualquier evento en el cual las demandas externas y/o internas agotan o exceden los recursos adaptativos de un sujeto.

“Podemos distinguir entre respuestas negativas y respuestas positivas de estrés. Las respuestas de estrés se vuelven negativas si su recurrencia es excesiva. Las respuestas adaptativas, aún las más positivas, son nocivas cuando se vuelven crónicas y frecuentes.

“El estrés influye en las nociones somáticas volviendo al organismo más vulnerable a la enfermedad. Las emociones humanas en general y los procesos adaptativos en particular no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que ejercen su influencia en diferentes modos y momentos del proceso de la enfermedad. Así, y tomando en cuenta las evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales puede afirmarse que el estrés:

1. Constituye un riesgo para la salud.
2. Afecta los hábitos de salud y, por lo tanto, la calidad de vida.
3. Bajo episodios agudos, puede agravar ciertas enfermedades.

4. Puede distorsionar la conducta de los enfermos.

“En términos generales, tanto la respuesta nerviosa, como la respuesta hormonal, definen las grandes líneas de adaptación a los estímulos ambientales. Sin embargo, muchas veces la respuesta adaptativa es causada por enfermedad, en especial en casos de estrés no prolongado o interno. La respuesta adaptativa puede desviarse por defectos innatos, bajo estrés, sobreestrés o bien, por orientación psicológica defectuosa.

“El estrés puede conducir a una enfermedad somática por tres vías diferentes:

1. Por la ruptura de la función del tejido por influencia neurohumoral bajo estrés.
2. Por ejercer estilos de enfrentamiento dañinos para la salud.
3. Por causa de factores psicológicos y/o sociales que conducen a minimizar el significado de los síntomas, lo que impide acceder a programas de tratamiento.

“Cotidianamente nos enfrentamos a agentes estresores que pueden provocarnos un incremento en la activación fisiológica que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades coronarias; existiendo, por supuesto, diferencias individuales respecto del efecto que provocan los estímulos estresores en el organismo y que conducen a una mayor o menor reactividad cardíaca. El estrés negativo actuaría como desencadenante, de manera activa y aguda, de episodios cardíacos.

“En términos generales, las múltiples causas que generan estrés pueden ser las mismas para cualquier sujeto. Las diferencias se presentan cuando tomamos en cuenta los modos de interpretar las situaciones estresantes y las consiguientes respuestas adaptativas. En este caso, el análisis nos permite distinguir diferentes perfiles psicológicos, también llamados comúnmente patrones de conducta.

“Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica. Tradicionalmente, se han definido tres tipos de personalidad, a su vez, relacionados con diferentes trastornos de salud: los Tipos A, B, y C.

“En términos generales, el patrón de conducta Tipo A es considerado un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad (algunas veces contenida con esfuerzo), apresuramiento, impaciencia, inquietud, hiperalerta, expresividad en el habla, tensión en los músculos faciales, sensación de estar bajo presión y el desafío con la responsabilidad. Las personas que tienen este patrón están usualmente entregadas a su vocación o su profesión, mientras que son relativamente descuidados en otros aspectos de su vida.

“En el Estudio Framingham, junto con el Tipo A, se incluyen también otros aspectos psicosociales presentes en los individuos estudiados: labilidad emocional, cólera, problemas laborales y matrimoniales, movilidad e incongruencia social.

“El patrón de conducta Tipo A fue originalmente definido a partir de estos elementos:

- Hostilidad.
- Urgencia en el tiempo o impaciencia.
- Competitividad y orientación al logro.
- Desatención de síntomas de dolor/ fatiga.
- Control.
- Indefensión.

Hostilidad

“Desde las primeras investigaciones, la hostilidad ha sido considerada un componente esencial del Tipo A. Se ha comprobado que el PACTA (Patrón de conducta tipo A) se presenta más irritable que el Tipo B ante la frustración, o el bloqueo, en su necesidad de alcanzar un objetivo. Dicha irritabilidad ha constituido una evidencia indirecta de la hostilidad.

“Otros estudios han establecido el componente de hostilidad de modo más directo. Los rasgos de conducta Tipo A se presentan en los casos en que existe un ambiente que amenaza el dominio de la situación. En ausencia de circunstancias amenazantes la conducta de los sujetos Tipo A no difiere de la de los Tipo B.

Urgencia en el tiempo/impaciencia

“Los sujetos clasificados bajo el patrón de comportamiento Tipo A manifiestan un fuerte sentido de urgencia en el tiempo. Para estos sujetos el intervalo de un minuto pasa más rápido que para los individuos del Tipo B. Cuando son citados para un experimento se ha reportado que aparecen más temprano a la cita.

“Esta fuerte preocupación por el tiempo y la característica de impaciencia pueden influir en otros comportamientos. Por ejemplo, responden más pobremente en tareas que requieren respuestas demoradas. Competitividad y orientación al logro. Muchas veces este componente se estima como subyacente a los otros. O sea, la urgencia podría ser la manifestación del intento de lograr más en menos tiempo, y la hostilidad podría ser la respuesta frente la frustración de dicho objetivo.

“El Tipo A presenta una exagerada tendencia competitivo-ganadora, la evidencia de este elemento ha sido establecida por diferentes experimentos que involucraban una mayor efectividad en tiempos límite. En estos casos los tipo A resultaban mucho más efectivos que los tipo B.

“Respecto de las estrategias para alcanzar el éxito, el Tipo A prefiere trabajar en tareas estresantes de modo solitario. El trabajo solitario le permitiría un mayor control sobre el producto terminado.

“Pero, en los momentos previos a la tarea, prefiere esperar en compañía de otros y no solo. Tal vez porque esto le permite recabar información para la tarea a través de cierta comparación social. Dicha comparación social también funciona en estos sujetos como una forma para mejorar la propia actuación en tareas simples, aunque, en algunos casos, puede desmejorarla en las tareas complejas.

Desatención de síntomas de dolor/fatiga

“Este rasgo es muy importante en su asociación con las enfermedades coronarias.

“Diversos estudios han permitido señalar que el sujeto Tipo A es menos consciente, que el Tipo B, en reconocer la fatiga o el dolor: posiblemente suprime y/o ignora estos síntomas cuando está inmerso en una tarea que ocupa toda su atención.

“El Tipo A presenta un mayor control de sí mismo que el Tipo B, aún en niveles de cansancio que van más allá de lo normal. Hasta podría administrar sus recursos físicos hasta el agotamiento con una mayor consistencia.

“Como la fatiga es el más común -y el más temprano en su manifestación- síntoma de un inminente ataque cardíaco, al negarlo y/o ignorarlo, el individuo Tipo A podría esperar demasiado para pedir ayuda.

“El Tipo A niega o suprime activamente su atención a los estímulos molestos e irrelevantes, aún los físicos, y por lo tanto, serían sujetos menos conscientes de dichos síntomas. En la medida en que está comprometido con una tarea a la que le ha asignado gran importancia,

el Tipo A focaliza en ella su atención, excluyendo los acontecimientos o estímulos periféricos.

“Este particular estilo de atención también tendría incidencia en otros procesos cognitivos, como la formación y uso de categorías. En general, se considera que un sujeto Tipo A conforma categorías que tienen definiciones límites que abarcarían tanto atributos frecuentes como infrecuentes, en particular bajo situaciones de desafío.

Control

“Partiendo de la evidencia de que situaciones de desafío permiten la emergencia del comportamiento Tipo A, Matthews y Glass han caracterizado al PACTA como aquél que tiene un estímulo de respuesta orientado al logro, manteniendo el control sobre los aspectos centrales del medio ambiente. El patrón emergería cuando aspectos de la situación amenazan ese control.

“Se ha investigado que cuando las personas se ven expuestas a estímulos incontrolables, a veces intentan reasumir el control y otras veces abandonan. Se postuló que esas situaciones amenazan el sentimiento de control y si la amenaza no es suficiente para eliminar la percepción de control potencial, induce a un estado de ‘reactancia’: intento de reasumir el control.

“Si en cambio, la amenaza es tan intensa que la persona siente que realmente perdió el control de la situación, entra en un estado de impotencia aprendida.

“El Tipo A se presenta con un mayor deseo de ejercer control personal sobre sus acciones y las consecuencias que se siguen de ellas. Así, la pérdida de tiempo -por ejemplo- es interpretada por estos sujetos como una amenaza al control. También la frustración representa una amenaza para su necesidad de control, conduciéndolo, en muchos casos, a una conducta agresiva.

Indefensión

“Este rasgo está directamente relacionado con el rasgo anterior.

“Ya se ha señalado la importancia que otorga un individuo Tipo A al control de su ambiente. Si bien estos sujetos intentan reasumir el control bajo amenaza, esto no siempre es posible. Si la situación es verdaderamente incontrolable, el sujeto percibirá su pérdida de control. Como resultado de esta percepción disminuye su esfuerzo. Este estado de disminución del esfuerzo se conoce como impotencia, indefensión o desamparo (helplessness).

“La mayor parte de las características del Tipo A son instrumentales, o sea, orientadas a obtener éxito en sus realizaciones. Este podría ser un estilo laboral muy efectivo, pero este estilo no resulta adaptativo fuera de lo laboral. El Tipo A resulta aparentemente menos funcional en el campo interpersonal que en la tarea. Esto podría llevar a sentimientos de ansiedad, baja autoestima y depresión, sentimientos que podrían llevar a un aislamiento social y a la inmersión de la persona en el trabajo.

“Se ha reportado menos satisfacción marital y bienestar emocional en las esposas del Tipo A. Han referido tener pocos amigos y contactos sociales y no sentirse parte del medio social. Manifiestan además, mayores sentimientos de depresión, falta de sentido, ansiedad, culpa y aislamiento.

“Podría plantearse que esos sentimientos en las parejas, implicarían una situación frustrante e incontrolable, aumentando su hostilidad y tendencia a encerrarse en el trabajo, evitando y aún negando la existencia de esos problemas, generando una espiral de estrés.

“Los efectos de la incidencia del Tipo A de conducta en la enfermedad coronaria pueden resumirse en los siguientes síntomas:

- Los efectos patógenos del colesterol y su asociación con el tabaquismo, el sedentarismo y la falta de ejercicio físico.

- Los efectos en la viscosidad sanguínea.

- Los efectos provocados por aumento de frecuencia cardíaca.

- Los efectos provocados por aumento de la demanda de O² miocárdico.

- Vasoconstricción y arritmia por fibrilación ventricular tras estimulación adrenérgica.

- Secreción muy superior a los 17-OHCS y su importancia psicológica: hormonas corticales producidas a partir del eje hipófiso-suprarrenal de gran influencia en procesos psicobiológicos como la ansiedad, la urdimbre afectiva, la hostilidad, el miedo y la depresión.

- Activación conductual y déficit neurotransmisor.

- Menor capacidad de habituación a la estimulación nerviosa y una mayor deshabituación de la respuesta cardíaca.

“El PACTA ha sido parcialmente considerado como un factor de riesgo tradicional de enfermedades coronarias. Se ha asociado al Tipo A con las siguientes manifestaciones fisiológicas: mayores niveles de colesterol que el Tipo B, aún en personas jóvenes y mayor labilidad en la presión arterial que el Tipo B.

“Actualmente hay suficiente evidencia de que el Tipo A responde al estrés social y psicológico de la vida cotidiana, presentando reacciones fisiológicas más fuertes que el Tipo B:

- Experimenta más frecuentemente (y por períodos más extensos) altos niveles de estimulación simpática.

- Repetidas estimulaciones de esta ‘reacción de defensa’ (patrón de cambios fisiológicos que moviliza el organismo para la acción) se han asociado con cambios cardiovasculares y bioquímicos perjudiciales para el corazón y los vasos sanguíneos.

“La descarga de catecolaminas por terminales nerviosas y la médula adrenal es uno de los componentes de la respuesta de estrés, que ha sido relacionado directamente con las enfermedades cardiovasculares.

“Se ha considerado significativo que el Tipo A muestre altos niveles de suero de la catecolamina norepinefrina, en mayor medida que el Tipo B. También se comprobó que los sujetos Tipo A excretan más epinefrina en respuesta a retos competitivos y a la combinación competitividad-hostigamiento.

“La secreción de catecolaminas potenciaría la enfermedad coronaria, ya sea facilitando la aterosclerosis, como, también, incrementando el riesgo de eventos clínicos agudos.

“En la medida en que los individuos responden a los estímulos estresores de múltiples maneras fisiológicas y conductuales, cabe preguntarse si la hiperactivación conductual del Tipo A es paralela a la hiperactivación fisiológica y si las respuestas fisiológicas son diferentes en los Tipos A y B. Lo que distingue las reacciones fisiológicas está asociado con el estilo de comportamiento del Tipo A y que tales reacciones ocurren bajo las mismas condiciones que permiten descubrir los rasgos conductuales del Tipo A.

“Más recientemente se ha puesto el acento en la investigación del papel que cumple la situación desafiante. Pero, aunque la asociación entre estrés y PACTA para el desencadenamiento y desarrollo de enfermedad coronaria es controvertida, muchos son los enfermos que creen que el estrés es el factor más importante que los condujo al infarto de miocardio.

“Por sí mismo, -es decir, sin la asociación con el estrés- el PACTA ha sido considerado factor de riesgo para enfermedades coronarias. Durante algún tiempo se aceptó que el Tipo A está asociado con el incremento del riesgo cardíaco, y que este alto riesgo es independiente, presentando la misma magnitud de riesgo que los conocidos tradicionalmente como factores de riesgo: la hipertensión, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. Los factores de riesgo tradicionales (historia familiar, tabaquismo, etc.) explican solo el 50% del desarrollo, desencadenamiento, de la enfermedad coronaria.

Las emociones y la personalidad coronaria

“Si la relación de la respuesta al estrés permitió la construcción de un modelo de personalidad como el Patrón de conducta Tipo A, el enfoque en las emociones, también, ha suscitado la formulación de modelos de personalidad, tanto nocivos como saludables, que se asociarían a la enfermedad coronaria.

“En la década del '90 se conoció la personalidad Tipo D o personalidad de distrés. Actualmente, la psicología enfocada en el uso saludable de emociones positivas evalúa qué tipo de beneficios aportaría una personalidad resiliente frente a la enfermedad coronaria.

“Considerando la abundante documentación que relaciona las emociones negativas - depresión, ira y ansiedad- con un aumento de los riesgos de sufrir un episodio coronario agudo, Denollet y Brutsaert concluyeron que la presencia de una combinación de afectividad negativa e inhibición social permitiría predecir dichos episodios agudos, independientemente de los factores de riesgo tradicionalmente conocidos. Para estos investigadores se trataría de rasgos que permitirían formular un nuevo perfil -la personalidad de distrés- como patrón predictor de eventos coronarios.

“Esta combinación de afectividad negativa e inhibición social permanece en las personas en un modo de regresión múltiple, aún después de que las variables del estado de humor han desaparecido. Este tipo de personalidad se caracteriza por la supresión crónica de las emociones negativas. Y se constituiría en un perfil de personalidad predictor independiente de las CHD en la medida en que, por un lado, la inhibición de la expresión emocional puede desarrollar enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos (como en el caso ampliamente documentado de la ira reprimida), y por el otro, la depresión y la inhibición social son factores que pueden aumentar la mortalidad por un evento coronario agudo.

“Sin embargo, estas dos premisas no siempre son significativas en los estudios sobre enfermos coronarios. La propuesta de Denollet es atender al interjuego de ambas, inhibición social y afectividad negativa, para la construcción de este perfil de riesgo.

“La afectividad negativa es un estilo de enfrentamiento que señala diferencias individuales en distrés psicológico, queja somática y autoconcepto. Conceptualmente, puede analogarse

al neuroticismo, es decir, a la personalidad caracterizada por emociones negativas crónicas con rasgos cognitivos y conductuales de preocupación e inseguridad. Y que también presenta sentimientos subjetivos de tensión, ansiedad, ira y tristeza. La baja afectividad negativa también puede asociarse a un estilo de enfrentamiento represivo.

“La inhibición social consiste en la tendencia a inhibir la expresión de las emociones en las conductas de interacción social. Los sujetos inhibidos se sienten inseguros en presencia de otras personas, y muy a menudo presentan pérdida de asertividad, una menor capacidad de conversación, adoptando estrategias de retirada. Para el perfil de distrés esta inhibición está especialmente circunscripta a las emociones negativas, en especial la ira, la depresión y la ansiedad.

“Para Denollet la personalidad tipo D está fuertemente relacionada con la mortalidad en pacientes coronarios. En particular en aquellos que ya han sufrido un infarto de miocardio y bajo este patrón están en mayor riesgo de padecer un segundo episodio agudo.

“El Tipo D también promovería la enfermedad coronaria de modo indirecto. Las conductas nocivas a la salud coronaria, como el tabaquismo, el sedentarismo y el alcoholismo, pueden potenciarse bajo estos rasgos de personalidad. Pero, además esta personalidad incide negativamente en la adherencia a los tratamientos médicos y a las terapias de rehabilitación médica y psicológica de las personas coronarias.

“Las tendencias de las personas Tipo D a inhibir conductas en la interacción social puede afectar la calidad del apoyo social potenciando el estrés psicológico de la enfermedad

coronaria. Y en particular, perjudicar la comunicación con el equipo de rehabilitación, dificultando la salida de un evento agudo y más ampliamente, el tratamiento efectivo de la enfermedad.

“En virtud del elevado nivel de estrés psicosocial crónico de las personas coronarias con perfil tipo D, aumentaría el riesgo a sufrir isquemia de miocardio, arritmias ventriculares y eventos agudos fatales.

“La formulación de un nuevo y mejor perfil de personalidad predictor de mortalidad por eventos coronarios agudos está muy lejos hoy de ser aceptado ampliamente por la comunidad científica. En la última década se han incrementado las investigaciones sobre emociones negativas, en particular depresión y ansiedad y su relación con la enfermedad coronaria; sumándose a las ya existentes desde finales de los '70 sobre el constructo ira-hostilidad.

“La mayoría de estas investigaciones no consideran este perfil como un patrón identificable con el enfermo coronario. La objeción más fuerte a la hipótesis de Denollet es que no se ha justificado ampliamente, aún, que la combinación de afectos negativos e inhibición social, pueda por sí misma definir un tipo de personalidad. Tampoco está muy claro que todas las emociones negativas afecten a los pacientes coronarios en el mismo grado.

“Solo puede concluirse que algunos pacientes coronarios, bajo estrés, y socialmente inhibidos, presentarían un mayor riesgo de padecer episodios agudos, respecto de otros coronarios.

“Desde el enfoque de las emociones negativas y su incidencia en la enfermedad coronaria, se han estudiado especialmente las emociones de hostilidad/ira, ansiedad y depresión.

“Las numerosas investigaciones que siguieron a la formulación del Patrón de Conducta Tipo A, a principios de los '60, han permitido evaluar sus rasgos con diferentes gradaciones respecto de su incidencia en la enfermedad coronaria. La hostilidad, rasgo característico de este patrón, e incluso señalado ya por las observaciones menos rigurosas de muchos cardiólogos anteriores a 1959, ha sido considerada de modo absoluto como un componente negativo y ‘tóxico’ asociado a la enfermedad coronaria. Esta tendencia ha independizado las investigaciones sobre hostilidad de las más propias sobre el Patrón de Conducta Tipo A, partiendo de la hipótesis de que las personas hostiles son más vulnerables a desarrollar enfermedad coronaria. También se ha constatado que situaciones de ira precipitan episodios agudos de la enfermedad. En ambos casos, independientemente de que el desencadenamiento de esta emoción, o el estado crónico como actitud hostil ante las demandas del entorno, sean o no expresados en una conducta agresiva.

“Como ira, hostilidad y agresión están íntimamente conectadas, la definición de hostilidad depende de la distinción que hacemos de las dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales. Partiendo de esta distinción, definimos la ira como una emoción desagradable de variada intensidad, que surge como consecuencia de percibir un maltrato o una provocación en nuestro entorno. La agresión es la conducta manifiesta de esta emoción, supone acciones de ataque hacia el entorno, con el fin de causar daño y destrucción.

“La hostilidad, considerada como un rasgo estable de personalidad, relacionada con creencias y actitudes hacia los demás, que incluyen el cinismo, el resentimiento y la desconfianza, es una dimensión más duradera que las anteriores, y presupone venganza oblicua o encubierta. Es este rasgo de estabilidad el que volcó a su favor las investigaciones que se vinieron realizando fuertemente desde la década del '80.

“Sin embargo, actualmente, la tendencia a las investigaciones que relacionan la enfermedad coronaria con las emociones negativas han enfocado la cuestión en la ira como la emoción base que, en relación con la percepción que hacemos del entorno a lo largo de la vida, permite la constitución de una actitud permanente de hostilidad hacia el medio ambiente; desplazando los estudios del eje cognitivo al emocional, o intentando una mejor explicación de la relación entre ambos.

“Algunos autores distinguen el complejo Ira-Hostilidad, o más ampliamente el Síndrome AHI (Agresión, Hostilidad, Ira) como un patrón de predisposición conductual más eficaz que el PACTA, en la asociación con la enfermedad coronaria. Diferentes estudios epidemiológicos han encontrado mayor prevalencia de eventos coronarios agudos en personas hostiles, en quienes la emoción de ira se desencadena rápidamente, y que resuelven su activación emocional en una conducta de agresión directa.

“Las personas hostiles han sido caracterizadas por esperar lo peor de los demás, estar siempre a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad en la medida que perciben al entorno como el lugar de una lucha incesante para alcanzar sus objetivos, y permanecer en estado de alerta y vigilancia sobre los otros. Este estado de hipervigilancia

permanente promueve una activación fisiológica constante y desorganizada, que se asocia al desarrollo de la enfermedad coronaria y que, a su vez, se incrementa con el desencadenamiento de la emoción de ira, lo que incide fuertemente en la ocurrencia de episodios agudos.

“Desde diferentes puntos de vista, los estudios que documentan la relación entre hostilidad y enfermedad coronaria han señalado que:

“1. La hostilidad contribuye a la enfermedad coronaria en la medida en que se asocia con una reactividad cardiovascular elevada: mayor incremento de la presión sanguínea, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de los niveles de norepinefrina que provocan trastornos en las arterias coronarias. Simultáneamente, las respuestas neuroendocrinas perjudican el funcionamiento del sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad del organismo.

“2. Las personas hostiles, generalmente, presentan bajos niveles de apoyo social, tanto en cantidad como en calidad. Se ha señalado que la ausencia de soporte social y la excesiva hostilidad aumentarían el riesgo a padecer enfermedad coronaria y la ocurrencia de episodios agudos mortales. Como, a su vez, estas personas establecen contactos más intensos y de mayor duración con los agentes estresores, se ha observado también, una disminución de los niveles de soporte social que refuerza sus creencias y conductas.

“3. Las personas hostiles son más vulnerables a constituir hábitos nocivos para la salud coronaria. En general, se ha señalado la asociación de hostilidad con el sedentarismo, la ingesta de alcohol y el tabaquismo.

“La ansiedad es una reacción emocional compleja (donde los componentes cognitivos están acentuados) que surge ante la percepción de una amenaza a nuestro bienestar físico y/o psicológico. Cumple una función adaptativa necesaria para la supervivencia y está presente en el repertorio conductual de todos los seres humanos. Sin embargo, existen casos en que esta respuesta de ansiedad se vuelve disadaptativa y vulnera la salud de la persona. La distinción entre una ansiedad normal y una patológica es difícil. Pero, una guía para hacerlo sería tomar en consideración cuatro aspectos que ayudarían en la distinción entre ambas: a) intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad; b) la proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad; c) el grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad y d) el grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio).

“Diferentes estudios vienen dando cuenta, en los últimos tiempos, de una relación directa entre ansiedad y la incidencia de enfermedad coronaria. Actualmente se comienza a considerar la ansiedad como un factor de desarrollo de la enfermedad coronaria en asociación con otros factores. También afecta al tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

“Los desórdenes de ansiedad se han asociado con la alteración del control autonómico; disminuyendo la variabilidad de la frecuencia cardíaca e incrementando el riesgo de arritmias ventriculares fatales.

“Los altos niveles de ansiedad se asocian a la reducción del control vagal en pacientes después del IAM.

“La ansiedad promueve aterogénesis. Favorece/dispara la ocurrencia de infartos, arritmias, rupturas de placa, vasoespasmos coronarios y trombosis.

“La preocupación, la hostilidad y la personalidad Tipo A se han asociado con alto riesgo de infarto de miocardio y mortalidad cardiovascular. A su vez, estos efectos son mediados por una activación del sistema simpatoadrenal y por la adopción de hábitos nocivos como fumar, consumir alcohol y la inactividad física.

“La ansiedad incide negativamente en los tratamientos quirúrgicos de la enfermedad (angioplastia y by-pass) y en la recuperación posquirúrgica de los mismos. Afecta la rehabilitación pos infarto y predice un estado de la calidad de vida más pobre en el año siguiente del evento coronario.

“Por último, se asocia al dolor torácico pre y posinfarto, y a las quejas somáticas posinfarto.

“Altos niveles de ansiedad encubierta, basados en el miedo al fracaso profundamente internalizado, se vislumbran como un posible núcleo estructurador del PACTA. Esta

ansiedad encubierta genera una competitividad poco habitual y desadaptativa, que subyace a otras muchas conductas manifiestas del Tipo A, como la hostilidad. Todas estas conductas consideradas importantes en la enfermedad coronaria.

“En los últimos años se han hecho considerables avances en el conocimiento de la relación entre la depresión y la enfermedad coronaria, considerándola tanto un factor de incidencia de la enfermedad como un efecto posinfarto. Al atender en la rehabilitación la evidencia clínica permite señalar que:

“1. La enfermedad coronaria desencadena cuadros depresivos, o agrava los preexistentes, aumentando el riesgo de mortalidad.

“2. La depresión puede coadyuvar al desarrollo de la enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos.

“Por sí misma o en asociación con otros factores de riesgo coronario, la depresión:

- Favorece la adopción de hábitos nocivos para la salud cardiovascular:
 - La depresión favorece la predisposición al tabaquismo y obstaculiza los intentos por dejar de fumar.
 - La depresión favorece el consumo de alcohol.

- La depresión induce a la vida sedentaria.
- Favorece la hipofunción de los barorreceptores:
 - “De este modo se reduce la capacidad cardiovascular de amortiguar las variaciones tensionales.
- Altera la variabilidad de la frecuencia cardíaca:
 - “Las personas depresivas son más propensas a las taquicardias ventriculares, arritmias ventriculares y fibrilación fatal. También por este motivo, aumenta el riesgo de mortalidad en primer infarto, además de ser un factor, ya ampliamente reconocido, de un segundo infarto fatal.
- Eleva la activación de la actividad plaquetaria:
 - “En virtud de la descarga de serotonina, altera los mecanismos de agregación plaquetaria favoreciendo la trombogénesis, pero además es vasodilatadora de arterias normales y vasoconstrictora de arterias ateroscleróticas.
 - “Pero, además, en su relación con la alteración alimentaria, aumenta la relación de depresión con hipercolesterolemia.

- Aumenta el riesgo de eventos coronarios fatales y no fatales en varones y de no fatales en mujeres.

“La comorbilidad de depresión con la ansiedad promueve, a su vez, la configuración de estados mixtos con diferentes proporciones de ambas, complejizando el cuadro clínico y aumentando el riesgo de enfermedad coronaria.

“En una crisis lo esperable es que la persona afectada reduzca sus recursos psicológicos. Esta premisa ha sido hasta ahora el hilo conductor sobre las investigaciones sobre estrés y su relación con la salud.

“Sin embargo, se ha comprobado que algunas personas parecen resurgir en estas situaciones, aumentando sus recursos y estrategias. Este aumento se relaciona directamente a la vivencia de emociones positivas que son concurrentes con las negativas en los eventos estresantes. Las personas resilientes, no solo se apoyan en emociones positivas durante la crisis, para contrarrestar la negatividad presente, sino que luego de atravesada la experiencia estas emociones positivas se refuerzan.

“En general, son personas que se caracterizan por un fuerte optimismo, muestran curiosidad y apertura ante las nuevas experiencias y alegría hacia la vida. Estas características las protegerían en situaciones adversas, impulsándolas a una adaptación saludable.

“La personalidad resiliente mostrará los siguientes atributos, que Melillo y Suárez Ojera (2001) han denominado los ocho pilares de la personalidad resiliente: introspección, independencia, sociabilidad, iniciativa, buen humor, creatividad, sentido moral y fuerte autoestima.

“Todas estas características son condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo de la persona, permitiéndole enfrentar, sobreponerse y salir positivamente transformado de las crisis y situaciones de adversidad. Esta capacidad de resiliencia se puede comparar con la capacidad de recuperación. Mientras la resiliencia consiste en la conservación del equilibrio y de la estabilidad emocional durante el proceso de enfermedad, la capacidad de recuperación es un retorno gradual hacia la emocionalidad y la salud funcional que atraviesa diferentes etapas, algunas dominadas por emociones negativas (depresión, miedo, ansiedad).

“Lo importante es la promoción de las emociones positivas (en particular el optimismo, el buen humor y la experimentación creativa) que siempre están presentes en todas las personas, aún en situaciones adversas. La vivencia de estas emociones refuerza la subjetividad y, a largo plazo, minimiza la fuerza de las emociones negativas. Así se potencian los recursos psicológicos de la persona y se mejoran las estrategias de afrontamiento del estrés.

Aspectos sociales de la salud coronaria

“Con independencia de su relación con el estrés, se han observado otros comportamientos habituales que tienen una influencia negativa en el desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad coronaria. Es el caso del sedentarismo, el tabaquismo y la obesidad. Estos hábitos nocivos pueden ser modificados y la psicología tiene mucho por hacer en los procesos de reconversión de estos comportamientos desde programas de prevención como de rehabilitación de la enfermedad coronaria. Estos programas no solo incluyen información sino intervenciones específicas, según el caso, sobre los hábitos.

“El estrés laboral y las diferencias de género (no siempre contempladas en la definición ni en el tratamiento de la enfermedad) deben ser tenidos en cuenta en los programas de rehabilitación.

“La terapia psicocardiológica incluye una fuerte intervención en la modificación de hábitos nocivos para la salud coronaria que va desde la comprensión de las causas personales de la adopción del hábito negativo hasta la modificación de la conducta.

La terapia psicocardiológica en la rehabilitación coronaria

“Es el paciente el que nos muestra la necesidad de un abordaje psicocardiológico, es quien nos da la clave de su padecer, sus reacciones ante el estrés, su tipo de conducta, sus emociones.

“Nuestra experiencia en el entendimiento del enfermo coronario nos ha revelado la dificultad en la prevención y en la recuperación, hay que redefinir el enfoque, resaltar la urgencia en la terapéutica, encararla y dirigirla a partir de la particularidad psicológica de cada paciente.

“Respecto de la prevención de posteriores ocurrencias de IAM, la intervención psicocardiología se dirige a la corrección de hábitos de comportamiento de riesgo cardiovascular y al entrenamiento de estrategias de enfrentamiento y control de estrés.

“En un tiempo inmediatamente posterior al alta hospitalaria, la adhesión al tratamiento médico y a estrategias de reemplazo de hábitos nocivos por otros cardiosaludables, posiblemente, sea alta.

“Pero muy frecuentemente esta adhesión se pierde o se vuelve insuficiente por falta de motivación. No hay que olvidar que estos hábitos de riesgo constituyen conductas fuertemente consolidadas a través de los años, que suelen estar asociadas con el medio ambiente cotidiano y suelen percibirse como gratificantes.

“Por lo tanto, una eficaz intervención no solo debería apuntar a la modificación de las conductas de riesgo, sino también a un cambio en las condiciones ambientales que garanticen la motivación y la adopción de un nuevo estilo de vida. Por esta razón no solo es vital la información sobre los beneficios y los perjuicios de los hábitos nocivos y la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas en la persona afectada, sino que es altamente favorable el trabajo terapéutico grupal y la promoción de redes de apoyo en su

entorno más cercano: familia y amistades, instruyendo a éstas en la mejor forma de colaborar con la rehabilitación.

“Asimismo, hay que tener en cuenta que un abordaje psicoterapéutico muy prolongado podría ser contraproducente, en virtud de su duración, que podría provocar la pérdida de la motivación y el abandono del tratamiento. Para mantener motivado al enfermo coronario - que llega al tratamiento como resultado de un episodio clínico y no por la decisión propia de encarar una psicoterapia- es necesario que cada encuentro produzca la sensación de que ha ganado algo, ya sea una nueva información o la adquisición de una nueva técnica de enfrentamiento y control de sus emociones negativas y del estrés o de sus hábitos nocivos, que le permitan mejorar concretamente su estilo de vida y reduzca su riesgo de recaer. El paciente debe saber pronto que no tiene otras opciones.

“Los resultados de cualquier estudio de seguimiento de sujetos posinfartados señalan el pronunciado deterioro físico, psicológico y social posterior al alta hospitalaria. Este deterioro puede relacionarse de modo directo con la reacción psicológica al evento cardíaco mismo.

“Las depresiones (de moderadas a severas) son muy frecuentes entre un 10% y 20% de los cardíacos después de la ocurrencia de un infarto. Y encontramos trastornos de ansiedad entre el 5% y el 10% de los pacientes posinfartados. También, es frecuente la aparición de conflictos familiares y un alto índice de aislamiento social.

“Los dos tipos fundamentales de anomalías psicológicas de las personas coronarias que se presentan con posterioridad a la ocurrencia de un IAM, son la depresión y la negación de la enfermedad.

“La depresión es un trastorno frecuente entre los pacientes que sobreviven a un episodio cardíaco agudo y su manifestación más clara suele ser la menor adherencia a los tratamientos que se les prescribe. En algunos casos, incluso encontraremos un menor cumplimiento del tratamiento farmacológico. En términos generales, suelen presentar menor motivación y desatender las recomendaciones médicas, especialmente en lo referido a dietas, ejercicio físico, reducción del estrés y búsqueda de apoyo social.

“Esta desatención a las prescripciones médicas se explica por el hecho de que la depresión está relacionada en estas personas con la creencia de un peor pronóstico. Tanto la ansiedad, como la depresión, que se manifiesta en los pacientes, se caracterizan por la presencia de pensamientos disfuncionales en torno al sufrimiento del episodio coronario y sus consecuencias en la vida futura: miedo a padecer un nuevo infarto, miedo a morir por causas cardíacas, sentimientos de invalidez y baja autoestima, sensación de no controlar su propia vida, culpa por la conducta que los llevó a la enfermedad.

“Las respuestas de tipo depresivo manifiestan una sensación subjetiva de incapacidad psicofísica y estas personas presentan una tendencia a recluirse en sus domicilios, evitando, en lo posible, todo contacto con el exterior. Como viven con el temor de que cualquier molestia torácica sea una angina de pecho, tienen miedo a moverse ante la posibilidad de complicaciones.

“Las personas que presentan mayores niveles de ansiedad y depresión posteriores al evento cardíaco, tienen mayores dificultades para reintegrarse a sus actividades laborales aún cuando, desde el punto de vista médico, esta reinserción pueda ser posible. Las expectativas de los pacientes acerca de su estado de salud los llevan a suponer, en algunos casos, una mayor influencia negativa de su enfermedad en el desarrollo de su actividad laboral, produciéndose una mala readaptación al trabajo. Sin embargo, no habría que perder de vista, que ciertos perfiles de enfrentamiento al estrés (concretamente la personalidad Tipo A) llevan a una reincorporación laboral antes de lo deseable.

“La actividad sexual también se ve afectada por el impacto psicológico del infarto. El peor pronóstico de rehabilitación se asocia en estos casos con la ansiedad, la depresión, la preocupación subjetiva por la salud y, en especial, por la presencia de síntomas somáticos autoinformados. Estos síntomas, o quejas somáticas, ocasionan un considerable malestar en las personas, limitando su actividad cotidiana. Los más frecuentes son la disnea, el dolor de tórax, y/o del brazo izquierdo, la fatiga y las palpitaciones. Estas quejas incluso aumentan cuando más nos alejamos en el tiempo de la ocurrencia del episodio cardíaco. En general son consideradas poco significativas por los médicos, razón por la que se concluye que son resultado del impacto emocional del infarto.

“Con mucha frecuencia nos encontramos con personas coronarias que niegan su enfermedad y manifiestan ‘encontrarse muy bien’. En estos casos, es muy posible que el IAM haya cursado sin complicaciones y estas personas tienden a creer que pudo haber

existido un error de diagnóstico o, al menos, consideran que la preocupación médica es exagerada.

“Los pacientes negadores suelen ser autodestructivos. En muchas ocasiones realizan ‘ejercicios suicidas’ en el interés de demostrarse y demostrar a su entorno que están sanos. Es el caso, muy frecuente, por ejemplo, de subir escaleras en las primeras semanas subsiguientes a un evento cardíaco, sin avisar y/o contar con la ayuda de la persona encargada de su cuidado.

“La negación se hace aún más frecuente transcurridos varios meses del IAM. Es muy probable, entonces, que una persona que haya seguido las dos primeras fases de su rehabilitación, cumpliendo satisfactoriamente con las prescripciones médicas, y recuperando en mayor parte su estado de salud, pierda el miedo y regrese a los hábitos nocivos previos a la ocurrencia del episodio: tabaquismo, sedentarismo, o dietas inadecuadas.

“Si bien el entrenamiento físico se considera beneficioso para los trastornos psicológicos y las modificaciones de pautas de conductas, la educación sobre la salud, la psicoterapia, el manejo del estrés y de la hostilidad, son absolutamente necesarios para una rehabilitación integral de los enfermos cardíacos. Por esta razón, cada vez con más frecuencia se insiste en la importancia de programas interdisciplinarios de rehabilitación que acentúen, no solo las terapias con medicamentos (betabloqueantes, anticoagulantes, etc.) y con ejercicios físicos controlados, sino también la inclusión de psicoterapias que reduzcan el impacto

emocional negativo de la enfermedad y permitan una reintegración del paciente a una vida social óptima.

“Actualmente, en distintos países, se están implementando programas que se basan en una metodología psicoeducativa de corte cognitivo, que incluye los siguientes puntos:

“1. El control de las reacciones negativas: disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

“2. El manejo del estrés, aumentando las habilidades de enfrentamiento a situaciones amenazantes.

“3. La modificación de los llamados ‘componentes tóxicos’ del PACTA.

“4. La adquisición permanente de comportamientos saludables.

“5. El aumento de las interacciones sociales.

“Básicamente, se trata de cambiar el rol de ‘paciente’ al de ‘persona’. El programa tiene como hilo conductor el pasaje de un sujeto pasivo sin control sobre su vida, (el paciente), a un sujeto activo que puede controlar su vida, dotándolo de estrategias y habilidades que le permitan interactuar y desarrollarse en su entorno, anulando las respuestas ansioso-

depresivas, las reacciones de estrés frente a una valoración de las situaciones como amenazantes.

“Estos programas psicocardiológicos se apoyan en técnicas de terapia grupal y se implementan a nivel hospitalario, integrando a cardiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos en un verdadero trabajo interdisciplinario.

“Los objetivos generales de la intervención psicológica en la rehabilitación cardíaca son:

“1. Reducir el impacto emocional negativo que provoca la enfermedad, aportando información realista acerca de sus repercusiones.

“2. Aumentar el estado de salud y disminuir las probabilidades de futuros eventos cardiológicos, dotando de estrategias que le permitan entender y alcanzar los objetivos de salud que se les propone.

“3. Adherir al tratamiento.

“4. Reconocimiento de la necesidad de recibir ayuda.

“5. Decisión de cambio en el estilo de vida.

Programa de Rehabilitación Psicocardiológica

“Comúnmente, al paciente se le propone cuando es dado de alta del hospital un programa de Rehabilitación Cardíaca, con un plan de ejercicios y tratamiento psicológico, con el objetivo de mejorar la situación física, psíquica, socio laboral y disminuir la morbimortalidad. Los objetivos del programa son:

“1. Aceptación de la enfermedad e incremento de la conciencia del enfermo con respecto a componentes conductuales y situaciones en las cuales se producen respuestas disfuncionales.

“2. Conocimiento de la enfermedad, lo cual permite al enfermo tomar decisiones para el futuro.

“3. Asesoramiento y orientación.

“4. Apoyo psicológico.

“5. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

“6. Terapéutica de seguimiento.

“Con este programa se pretende mejorar el bienestar físico y psíquico del paciente, incrementar la calidad de vida y disminuir las posibilidades de otro evento cardiológico.

“Al comienzo del trabajo se realiza una entrevista semiestructurada, donde también se incluye una evaluación psicométrica, que se puede repetir al terminar el programa, en la que se evalúan escalas para reconocer si el paciente padece Patrón de conducta Tipo A, hostilidad, estrés, depresión y/o ansiedad. Los datos obtenidos en la evaluación nos aportan información valiosa para estructurar y diseñar la intervención grupal y facilitan el establecimiento de una buena relación terapéutica.

“Se constituye un grupo cerrado, cuya metodología incluye una frecuencia semanal, dirigido por dos profesionales con roles intercambiables (terapeuta y coterapeuta). La duración de cada encuentro es de una hora aproximadamente, el número de pacientes no excede de ocho y el plan de trabajo es de aproximadamente diez sesiones, dividido en cuatro módulos.

“El grupo está conformado por pacientes con patología coronaria, generalmente posinfartados; con edades medias comprendidas entre 40 a 70 años. Afectados emocionalmente por la aparición brusca de la enfermedad, hábitos de conducta nocivos muy enraizados, diferentes grados de conciencia de enfermedad física, y escasa conciencia, en general, de los componentes psíquicos del padecimiento.

“Los objetivos del tratamiento grupal son:

“1. Crear un espacio que facilite las relaciones entre pacientes y posibilite el apoyo y refuerzo de sus aspectos más saludables.

“2. Mejorar el nivel de competencia personal.

“3. Favorecer un clima general que permita:

a) Introducir la ‘dimensión psíquica’ allí donde se prioriza el cuerpo.

b) Expresar ansiedades y fantasías acerca de la situación.

c) Compartir con el grupo de iguales las necesidades de cambio.

d) Favorecer la adaptación personal y social potenciando la máxima normalidad.

e) Ofrecer apoyo psicológico, reduciendo estados emocionales adversos, que dificultan la adaptación.

f) Desarrollar habilidades de relación con otros pacientes.

g) Fomentar la salud, en sus distintas dimensiones, enfatizando en los recursos personales de autocuidado.

“El proceso grupal permite profundizar sobre los aspectos psicosociales de las enfermedades coronarias, lo cual incluye la autoinvolucración, la hostilidad, la ira, la alienación, el aislamiento y la soledad. El componente de sostén de grupo forma parte de la

terapia y ayuda a los participantes a aprender mejor las habilidades interpersonales, permitiéndoles crear fuertes lazos. Un componente de sostén del grupo es muy útil para:

“a) Aumentar la adhesión a las otras partes del tratamiento.

“b) Reducir la hostilidad, la depresión y el aislamiento social, los cuales son factores de riesgo para los episodios cardíacos recurrentes.

“c) Producir otros efectos que no son comprendidos en su totalidad pero que pueden estar relacionados con mejor calidad de vida y de resultados clínicos.

“En el programa de cuatro módulos se abordan esencialmente:

a) El control de las reacciones emocionales negativas.

b) El manejo del estrés.

c) La modificación de los componentes del patrón de conducta Tipo A.

d) La adherencia a comportamientos saludables prescritos por el equipo médico (actividad física, dieta adecuada y abstinencia del tabaco).

“Se comienza con una sesión donde se presenta el programa de intervención, los objetivos, el sistema de trabajo y el pedido de participación de los miembros para alcanzar un resultado exitoso.

“Luego se comienza a trabajar el módulo del control de las reacciones negativas: depresión y ansiedad; brindando información sobre ambos padecimientos emocionales que pueden ocurrir después del infarto (o ya existir premórbidamente); se enseñan estrategias de relajación y visualización y técnicas cognitivas para la modificación del pensamiento y de la conducta.

“Luego, con respecto al manejo del estrés se analizan las situaciones estresantes y cómo influyen en la salud y se dan estrategias para su control.

“Con respecto a la modificación de conductas Tipo A, se conceptualizan los distintos aspectos de dicha conducta y se reconoce porque algunos de ellos son nocivos para la salud. También se dan estrategias para modificar la conducta de apuro e impaciencia y de la conducta de ira y hostilidad.

“En el último módulo se analizan si los pacientes han podido abandonar las conductas de riesgo. Se analizan las situaciones de riesgo con mayor probabilidad de recaída y se dan estrategias para controlar las situaciones de riesgo.

“En el módulo final se integran los aspectos tratados y se reconocen los cambios positivos y aportando ideas para posibles recaídas.

“Podemos poner fechas de control a los seis meses y al año para poder conocer cómo evolucionó el paciente luego de finalizada la rehabilitación” (Laham, 2008, pp. 43-170).

Referencias

Cañero, F. D. C. (2004). Abordaje clínico y comprensión de un trastorno de estrés: El mobbing. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 257-265.

Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D., & Domínguez Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.

Fernández-Concepción, O., Verdecie-Feria, O., Chávez-Rodríguez, L., Álvarez-González, M., & Fiallo-Sánchez, M. (2002). Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Neurología*, 7, 622-627.

Ferrari, L. E., Trotta, M. F., Cebey, M. C., & Filippi, G. L. (2011). Indagando la presencia de efectos de violencia laboral y de comportamientos organizacionales de maltrato. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 31.

Ferrari, L., Filippi, G., Novo, P., Sicardi, E., & Trotta, M. F. (2011). La intervención frente a la violencia laboral desde la psicología del trabajo. Enfoques, perspectivas y experiencias. *Estudios de Extensión en Humanidades*, 3(3).

- Fidalgo, M., & Piñuel, I. (2004). La escala cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615-624.
- García Martínez, J., & Berrios Martos, M. P. (1999). El significado del trabajo en personas con patrón de conducta tipo A. *Psicothema*, 11(2), 357-366.
- Godás Sieso, T., Gómez Gil, E., Salamero Baró, M., Fernandez-Huerta, J. M., & Fernandez-Solá, J. (2009). Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. *Medicina Clínica*, 133(14), 539-541.
- González Trijueque, D., & Delgado Marina, S. (2008). Acoso laboral y trastornos de la personalidad: Un estudio con el MCMI-II. *Clínica y Salud*, 19(2), 191-204.
- Iacovella, J., & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 8(1), 53-61.
- Juárez-García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública de México*, 49(2), 109-117.
- La población, E. E., & de la Comunitat, T. (2007). *La actividad preventiva en el acoso laboral*, Valencia, Comisión Ejecutiva Nacional de la UGT - País Valenciano.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología: Su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15(1), 143-170.
- Martínez, F. *Elementos y dinámica psicosocial del acoso institucional: Cómo prevenirlo y neutralizarlo desde las instituciones. Confederación de STEs- Intersindical.*

- Martínez-Hernández, Á., & Medeiros-Ferreira, L. (2010). Anatomy of a misunderstanding: Wrong diagnosis of paranoid pathology in victims of mobbing. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 37(4), 167-174.
- Moyano Díaz, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, L., Leiva, E., Vásquez, M., & Palomo, I. (2011). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 443-453.
- Ortega, H. R., del Paso, Gustavo Adolfo Reyes, & Marfil, M. N. P. (1995). Hostilidad, patrón de conducta tipo A y reactividad cardíaca. *Estudios de Psicología*, (53), 65-88.
- Palmero, F., Breva Asensio, A., & Espinosa, M. (1994). *Efectos psicofisiológicos del estrés real y ficticio en sujetos tipo A y tipo B*. Murcia, Universidad de Murcia)
- Parés Soliva, M. (2005). Mobbing: Conociendo al grupo acosador desde la antropología. *Conferencia Magistral. XIII Coloquio Internacional de Antropología Física "Juan Comas"*. Campeche-México Noviembre, 2005.
- Quevedo Fonseca, C. R., Amaro Chelala, J. R., & Iglesias Alfonso, J. (2002). Correlaciones y estructura factorial en las pruebas psicológicas del método de enfoque sistémico del estrés. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 23-27.
- Riquelme, A. (2006). Mobbing, un tipo de violencia en el lugar de trabajo. *Ciencias Sociales Online*, 3(2), 39-57.
- Rodríguez-Sutil, C., Gil-Corbacho, P., & Martínez Arias, R. (1996). Presentación de la escala retiro de patrón de conducta TIPO A (ERCTA). *Psicothema*, 8(1), 207-213.

Soliva, M. P. (2005). *Mobbing: Detección del acosador a través del lenguaje*.

Toledano, J. R. T. *El acoso psicológico en el lugar de trabajo: Mobbing*.

Vinaccia, S., Alzate, F., & Tobon, S. (2005). Evaluación de la conducta tipo A en población infantil colombiana a partir del mattews youth for health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 471-484.

Referencias complementarias

Fernández, C. B. (2007). *Valoración Médica y Jurídica de la incapacidad laboral*. Madrid: LA LEY.

Gómez, M. C. (Junio de 2006). *Manifestaciones del acoso laboral, mobbing y síntomas asociados al estrés postraumático: Estudio de caso*. Periódicos electrónicos, en: Psicología. Barranquilla, Atlántico, Colombia: Psicol.

Hernández, P. J., Martín, N. P., Marrero, A. G., Porbén, S. Á., Romero, J. S., & Fernández, C. P. (2008). *Validación de un instrumento para el diagnóstico del mobbing. Cuestionario de Heinz Leymann (LIPT) modificado*. La Habana, Revista Cubana de Salud y Trabajo, 9(1), 34-48.

Leymann, H. (2000). *The Mobbing Encyclopedia*. Recuperado el 25 de mayo de 2013, de <http://www.leymann.se/English/frame.html>

Sánchez, I. J. (2003). *MOBBING: Terrorismo psicológico en el trabajo*. Madrid: Entrelineas editores.

Slocum, H. (2009). *Comportamiento Organizacional*. México D.F: Cengage Learning Editores.

Trull, T. j. & Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica*. México: International Thomson Editores, S.A.

Zabala, I. P. (2001). *Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Cantabria: Sal Terrae.